

vederea furnizării de servicii de îngrijiri medicale potrivit calificării profesionale dobândite, în specialitatea diplomei.

Subsemnatul/a, _____ declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, filiala _____, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și Sunt / Nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, filiala _____.

Data

___/___/_____

Semnătura
