SOCIETATEA ROMÂNĂ DE HEMOSTAZĂ ŞI TROMBOZĂ

SOCIETATEA ROMANA DE HEMOSTAZA SI TROMBOZA
Sediu social: Bucuresti, Str. Drumul Sarii nr. 24, bl. A49, ap. 29, sector 6
C.I.F.: 23410204
Telefon: +40 722 715 556
E-mail: office@srht.ro

Formular de înscriere în Societatea Română de Hemostază și Tromboză

1. Subsemnatul/a _____ (Nume) (Prenume)

2. CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

3. CUIM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4. Carte de identitate seria __ nr. _____ eliberat la data de _____ de catre _____

5. Adresa domiciliu: Str. _____ nr. ____, Bloc _____ Etaj ____
Scara _____ Apartament ____, Localitate _____, Sector/Judet_____

6. Grad profesional:

- Medic Specialist
- Medic Primar
- Rezident
- Medic Medicina de laborator/Biolog/B iochimist
- Medic (fără specialitate)
- Pensionar

7. Competențe / Atestate: _____

8. Domeniul / Specialitatea: _____

9. Loc de muncă: _____(denumire unitate)
_____(adresă unitate)
Experienta la locul de munca (vechime) _____

10. Membru al altor organizații
_____

11. Modalități de contact
Telefon mobil: _____
Adresă e-mail: _____@_____._____
__Doresc să primesc anunțurile SRHT prin SMS sau/si email

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE HEMOSTAZĂ ŞI TROMBOZĂ

SOCIETATEA ROMANA DE HEMOSTAZA SI TROMBOZA
Sediu social: Bucuresti, Str. Drumul Sarii nr. 24, bl. A49, ap. 29, sector 6
C.I.F.: 23410204
Telefon: +40 722 715 556
E-mail: office@srht.ro

Sunt de acord cu prelucrarea electronică a datelor conținute în această cerere și declar că voi anunţa în termen de 30 de zile orice schimbare a acestor date la adresa office@srht.ro sau telefonic. De asemenea, am înțeles ca SRHT are calitate de operator de date cu caracter personal și că prelucrează aceste date în următoarele scopuri:
a) informarea membrilor cu privire la acțiunile pe care le întreprinde SRHT conform statutului și actului constitutiv
b) participarea membrilor la acțiunile menționate la litera a) cu mențiunea că datele personale nu sunt transferate în afara UE sau SEE și sunt păstrate timp de 5 ani de la ultima înscriere.
Am luat la cunoștință că, în cazul în care nu mai doresc să primesc aceste informări, am dreptul să mă opun și/sau să solicit ștergerea datelor personale din baza de date SRHT, prin simpla trimitere a unui email în acest sens către office@srht.ro.

Solicit prin completarea şi semnarea prezentei cereri, alături de achitarea cotizaţiei pe anul curent, înscrierea ca Membru al Societății Române de Hemostază și Tromboză, în calitate de:

- Membru Aripa Young (tineri specialiști/rezidenți sub 35 de ani)
- Membru fondator
- Membru de onoare
- Membru

Data intrării ca Membru în SRHT: _____
Nr. de Membru SRHT: _____

Declar că am luat la cunoştinţă Statutul SRHT, pe care mă oblig să-l respect.

Taxa anuală:

- 100 RON - membru
- 50 RON – membru aripa Young

Plata se face în contul:
Cod IBAN: RO18 RNCB 0857 0983 9123 0001
Banca: Banca Comercială Română
Beneficiar: Societatea Română de Hemostază și Tromboză

De atasat dovada platii

Declar pe propria răspundere că informațiile completate sunt reale și complete și că mă angajez să respect prevederile Statutului și Regulamentului SRHT.

Data _____ Semnătura _____