

Cod curs.....

Denumirea cursului.....

.....

.....

Perioada.....



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
IULIU HAȚIEGANU  
CLUJ-NAPOCA

## FIȘĂ DE ÎNSCRIERE LA CURSURI POSTUNIVERSITARE

Nume și prenume.....

Data și locul nașterii.....

Locul de muncă.....

Localitatea..... Județul.....

### Profesia/specialitatea:

Medic MG/specialist/primar/Farmacist/alte.....

### Domiciliul stabil:

Localitatea..... Str..... Nr.....

Județul..... Nr. telefon.....

adresa de e-mail.....

Act de plată curs (nr. chitanță, OP, MP).....

Din data..... suma achitată (lei).....

### Subsemnatul/Subsemnata

\_\_\_\_\_  
declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru colectarea, prelucrarea, și stocarea datelor mele personale prevăzute în fișa de înscriere, pe durata efectuării cursului și eliberării certificatului de participare la curs.

Data.....

Semnătura.....