

UNIUNEA JUDETEANA A C.A.R. DOLJ
CASA DE AJUTOR RECIPROC
A SALARIATILOR SPITALULUI
CLINIC NR. 1 CRAIOVA

SE APROBĂ,
Consiliul director
Președinte _____

CERERE DE ÎNSCRIERE
Nr. _____ din data de _____

Subsemnatul(a) _____
domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. _____ bloc _____ scara _____ ap. _____,
județul _____ tel. _____ născut(ă) în localitatea _____
județul _____ la data de _____ fiul (fiica) lui _____ și
al _____ cod numeric personal _____ posesor al B.I. (C.I.)
seria _____ nr. _____, eliberat(ă) de Poliția _____ la data de _____ încadrat
la unitatea _____ secția _____,
cu sediul în _____ județul _____ str. _____ nr. _____
în funcția de _____

vă rog să mă înscrieți ca membru al Casei de Ajutor Reciproc A Salariatilor Spitalului Clinic Nr. 1 Craiova.

Sunt de acord să achit:

- aport inițial la patrimoniul C.A.R. în sumă de **10** lei;
- Consimt să depun lunar la fondul social propriu suma de _____ lei.
- Contributia lunara la constituirea fondului pentru ajutor de deces _____ lei

Am luat cunoștință de Statutul C.A.R. și mă oblig să respect prevederile lui, hotărârile Adunării generale (Conferinței) membrilor C.A.R. și ale Consiliului director, să contribui la întărirea Casei de Ajutor Reciproc și să anunț orice schimbare a locului de muncă sau a domiciliului.

Data

Semnătura _____

DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT

Subsemnatul _____ CNP _____, îmi exprim consimțământul ca după **înscrierea** mea ca **membru** a C.A.R a salariaților Spitalului Clinic nr.1 Craiova, aceasta, în calitate de operator de date cu caracter personal, să prelucreze datele mele personale, care sunt oferite de mine prin cererea de înscriere, precum și să colecteze, să prelucreze date mele cu caracter personal pe durata cât îmi mențin calitatea de **membru**.

Am luat la cunoștință Politica de Confidențialitate cu privire la datele cu caracter personal a C.A.R. a salariaților Spitalului Clinic nr.1 Craiova elaborat în conformitate cu prevederile Regulamentului European 679/2016 privind protecția datelor cu caracter personal, respectiv dreptul de: a fi informat, de acces la date, de intervenție asupra datelor, de opoziție, dreptul de a mă adresa Autorității Naționale de Supraveghere a Datelor cu Caracter Personal sau justiției pentru apărarea drepturilor garantate de lege.

Consimt ca informațiile înregistrate de către C.A.R. a salariaților Spitalului Clinic nr.1 Craiova pot fi comunicate către autoritățile/instituțiile abilitate prin lege, către entități de grup, către Uniunea Națională a C.A.R. și Uniunea Județeană a C.A.R Dolj și entitățile din cadrul acestora, precum și pentru înscrierea în baza de date comună constituită la nivelul U.N.C.A.R.S.R. accesibil numai unităților C.A.R. afiliate.

Consimt ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de către operator deoarece am fost informat de scopul pentru care au fost cerute aceste date, și anume pentru identificarea persoanei mele, gestionarea riscurilor financiare ale operatorului, conformarea cu prevederile legale care privesc activitatea Caselor de Ajutor Reciproc.

Referitor la relația cu Operatorul de date CAR a salariaților Spitalului Clinic nr.1 Craiova îmi dau consimțământul ca:	DA	NU
Să îmi fie trimise informații financiare legate de sold împrumut, nivelul ratei, obligații plată, atenționări scadență/neplată, ridicare împrumut, etc. prin SMS la numărul de telefon _____		
Să îmi fie trimise informații financiare legate de sold împrumut, nivelul ratei, obligații plată, atenționări scadență/neplată, ridicare împrumut, etc. prin e-mail la adresa _____		
Să primesc informații privitoare la marketing si alte informații utile legate de activitatea Operatorului prin SMS la numărul de telefon _____		
Să primesc informații privitoare la marketing si alte informații utile legate de activitatea Operatorului prin e-mail la adresa _____		

Confirm că prezentul formular a fost completat și semnat fără ca asupra mea să se fi exercitat vreo constrângere. Am luat la cunoștință faptul că-mi pot retrage oricând consimțământul acordat.

Semnătură

Data
