**ANEXA 2**

 **la procedura de suspendare**

 **Către**

 **Biroul executiv al Colegiului Medicilor Stomatologi Bihor**

**CERERE**

**de reluare a calităţii de membru al CMSR**

 **I. Subsemnatul/Subsemnata, ........................................, nr. registru unic ........................, domiciliat/ă sau, după caz, cu reşedinţa în ..................................., str. .......................... nr. ......, bl. ....., sc. ....., et. ......., ap. ......., sectorul/judeţul ......................., telefon ..............................., e-mail ..........................., (dacă este cazul) prin\* ....................., telefon ............................., e-mail ......................................., conform [ ] procurii notariale/[ ] împuternicirii avocaţiale,**

**\* Se precizează numele şi prenumele reprezentantului şi se ataşează dovada calităţii de reprezentant.**

 **solicit aprobarea reluării calităţii de membru al CMSR începând cu ....../....../............. . Menţionez că îndeplinesc toate celelalte condiţii prevăzute de lege pentru exercitarea profesiei de medic stomatolog.**

 **II. Ataşez următoarele documente justificative:**

 **...............................................................................................**

**III. Solicit comunicarea notificărilor prin:**

**(Se alege doar una dintre modalităţi.):**

 **A. [ ] mijloace electronice, la adresa de e-mail ..........................................**

 **B. [ ] poştă:**

**1. [ ] la adresa de domiciliu/reşedinţă;**

**2. [ ] la ...................................(numele şi prenumele/denumirea).........................., localitatea .........................., str. ...................... nr. ....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., sectorul/judeţul ............................. .**

 **IV. Solicit comunicarea deciziei biroului executiv:**

**(Se alege doar una dintre modalităţi.)**

 **[ ] la sediul colegiului teritorial;**

**[ ] prin mijloace electronice, la adresa de e-mail ................................................;**

 **[ ] prin poştă, la adresa: [ ] de domiciliu/reşedinţă/[ ] prevăzută la pct. III lit. B subpct. 2.**

 **Data ........./........./..................**

**Semnătura**

**NOTĂ: Pagina 28 din 35 Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR) şi de colegiile teritoriale în scopul soluţionării cererii şi al îndeplinirii atribuţiilor corpului profesional, în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ale Regulamentului de organizare şi funcţionare a CMSR, adoptat prin Decizia Adunării generale naţionale a Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 1/1AGN/2024 şi ale Codului deontologic al medicului stomatolog, adoptat prin Decizia Adunării generale naţionale a Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 6/1AGN/2021, precum şi ale Deciziei Consiliului naţional nr. 18/2CN/2024 pentru aprobarea procedurilor de transfer în alt colegiu teritorial, de suspendare a calităţii de membru sau a dreptului de exercitare a profesiei şi de constatare a încetării calităţii de membru. În vederea realizării acestui scop, datele cu caracter personal pot fi dezvăluite unor terţi, în condiţiile prevăzute de lege. Datele sunt stocate pe perioada prevăzută de lege sau până la îndeplinirea scopului pentru care au fost colectate. Vă puteţi exercita drepturile de acces la date, de rectificare, ştergere, restricţionare, de opoziţie în conformitate cu dispoziţiile Regulamentului general privind protecţia datelor (RGPD), precum şi dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Naţională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal pentru modul de soluţionare a cererilor de exercitare a acestor drepturi. Pentru mai multe informaţii puteţi accesa www.cmsr.ro.**