

CERERE

Subsemnatul (a).....cu domiciliul în
București, Sector 1, strada....., nr.....bl.....sc.....etaj.....ap.....
telefon....., posesor al B.I./C.I. seria..... nr....., **solicit consult
și acordarea serviciilor de recuperare medicală.**

Menționez că sunt:

- Persoană instituționalizată în centrele rezidențiale existente în cadrul DGASPC Sector 1.
- Persoană cu dizabilitate.
- Persoană aflată în șomaj.
- Persoană beneficiară de venit minim garantat (VMG).
- Pensionar/ă.
- Tânăr cu vârstă de până la 26 de ani (dacă urmează cursurile de zi ale unei instituții de învățământ acreditate).
- Alte cazuri aflate în evidența DGASPC/serviciilor de asistență social din Sector 1.
- Salariații Consiliului Local Sector 1 (aparaturile de specialitate și insuții subordonate).
- Alte situații.

***Plata se va face în termen de 48 de ore de la începerea actelor terapeutice (valabil pentru tarif social).**

Data

Semnătura

EXPRIMARE CONȘIȚĂMÂNT PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL – PACIENT

Subsemnatul/a.....domiciliat/ă
în....., CNP, posesor al BI/CI/
Seria....., nr.....eliberat dela data de
..... în calitate de:

- PACIENT
- APARTINĂTOR al pacientului.....
identificat având CNP, cu domiciliul
în
- REPREZENTANT LEGAL al pacientului.....
identificat cu CNP,
cu domiciliul în
.....

declar următoarele :

1. Sunt de acord/ nu sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de către **Complexul Multifuncțional Caraiman**, în vederea soluționării cererii referitoare la acordarea de servicii medicale.
2. Sunt de acord/ nu sunt de acord ca datele cu caracter personal ale pacientului să fie prelucrate de către **Complexul Multifuncțional Caraiman**, în vederea soluționării cererii referitoare la acordarea de servicii medicale .
3. Sunt de acord/nu sunt de acord cu prelucrarea ulterioară a datelor mele cu caracter personal în scopuri de arhivare.
4. Sunt de acord/nu sunt de acord cu prelucrarea ulterioară a datelor pacientului cu caracter personal în scopuri de arhivare.
5. Am fost informat că datele cu caracter personal pot fi dezvăluite oricăror persoane fizice sau juridice de drept public și privat și structurile teritoriale ale acestora ce urmează să fie implicate în soluționarea cererii menționate la pct. 1.
6. Sunt de acord/nu sunt de acord ca datele cu caracter personal ale minorului..... să fie prelucrate de către **Complexul Multifuncțional Caraiman**, în vederea soluționării cererii referitoare la acordarea de servicii medicale.
7. Sunt de acord/nu sunt de acord cu prelucrarea ulterioară a datelor cu caracter personal ale minorului..... să fie prelucrate de către **Complexul Multifuncțional Caraiman** în scopuri de arhivare.
8. Am luat la cunoștință că, în conformitate cu prevederile **Regulamentului European nr. 679/2016** privind protecția persoanelor fizice referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, precum și în temeiul prevederilor din dreptul intern cu toate modificările și completările ulterioare, am dreptul de acces, de opoziție și de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a mă adresa justiției.
9. Am înțeles că refuzul prelucrării datelor mele cu caracter personal poate conduce la imposibilitatea soluționării cererii menționate la pct. 1.

Data

Semnătura (numele în alăturare)