

CERERE

Subsemnatul (a)..... cu domiciliul în București, sector 1, strada nr. bl..... sc.....etaj..... ap....., telefon..... și domiciliul în fapt în București, sector, str..... nr. bl..... sc.....etaj..... ap....., posesor al BI/ CI serianr.

Vă rog să-mi aprobați cererea pentru acordarea serviciilor medicale de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stomatologie | <input type="checkbox"/> Psihiatrie |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologie | <input type="checkbox"/> Ostedoensitometrie |
| <input type="checkbox"/> Psihologie | <input type="checkbox"/> Ginecologie |
| <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Cardiologie |
| <input type="checkbox"/> Ecografie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Laborator analize | <input type="checkbox"/> ORL |
| <input type="checkbox"/> Planificare familială | <input type="checkbox"/> Medicină generală |
| <input type="checkbox"/> Alte specialități | |

Menționez că sunt:

- pensionar/ă;
- salariat;
- persoană cu dizabilități;
- tânăr/ă cu vârsta până în 26 de ani, care urmează cursuri de zi într-o instituție de învățământ acreditată;
- persoană instituționalizată în cadrul centrelor rezidențiale din cadrul DGASPC Sector 1;
- persoană în șomaj;
- persoană beneficiară de venit minim garantat;
- persoană fără identitate, identificată pe raza sectorului 1;
- alte situații

***Plata se va face în termen de 48 de ore pentru serviciile medicale (valabil pentru tariful social).**

Data

Semnătura

EXPRIMARE CONȘIMȚĂMÂNT 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 clar și semnătura)