Nr. înregistrare…………………

Către Direcţia de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul ……………………………………………………………….., reprezentant legal al …………………..

……………………………………………cu sediul social în localitatea ....................... str………………….nr.….., bl.…,sc…..,ap……sector……/cu punctele de lucru in Bucureşti, Str………………..………..nr…. bl. …… sc….., ap………. sector …../Str………………………………………………………………………………………………………………….......

solicit autorizarea examinarea ambulatorie a persoanelor în vederea procurării, deţinerii, portului şi folosirii armelor şi muniţiilor,pentru următoarele specialităţi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **DA** |  | **NU** |
| a. | Medicină internă |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| b. | Oftalmologie |  |  |  |
|  |  |  |
| c. | ORL |  |  |  |
|  |
| d. | Neurologie |  |  |  |
|  |
| e. | Psihiatrie |  |  |  |
|  |
| f. | Ortopedie-traumatologie  |  |  |  |

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

**a)** certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale(pentru furnizorii organizaţi conform <LLNK 11998 124131 301 0 34>Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998) sau, după caz, actul de înfiinţare sau organizare conform legislaţiei în vigoare) din care să reiasă specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea;

**b)**copia documentului de deţinere legală a spaţiului;

**c)**dovada deţinerii de către unitatea sanitară a asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

**d)**copii de pe contractele individuale de muncă sau, după caz, după contractele de prestări servicii, încheiate între unitatea sanitară şi personalul medico-sanitar, pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;

**e)**dovada dreptului de liberă practică emisă de organizaţia profesională pentru fiecare angajat medico-sanitar din cadrul cabinetului/cabinetelor pentru care se solicită autorizarea;

**f)**dovada dotării minime obligatorii a cabinetului/cabinetelor pentru care se solicită autorizarea, conform anexei nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei nr. [**153/2003**](https://idrept.ro/00064245.htm) pentru aprobarea **[Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale](https://idrept.ro/00064246.htm)**, cu modificările şi completările ulterioare;

**g)**dovada garanţiei, întreţinerii şi verificării tehnice periodice, după caz, a aparaturii cabinetului/cabinetelor din dotarea prevăzută la lit. f).

 Menţionăm, ca toate documentele depuse la dosar să poarte ştampila unităţii medicale, semnătura şi sintagma „conform cu originalul”.

**Datele de contact ale unităţii medicale** sunt: Adresa : **Localitatea**……………………**Str.**……………………………………nr…….Bl..………Ap………………………………………Sector…………..**Telefon/fax**…………………………….e-mail…………..…………………………

\* Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul şi îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susţinute în documentaţia depusă.

**Menţionăm că, termenul de soluţionare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentaţiei.**

**Data** **Semnătura şi ştampila**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cerere pentru autorizarea unităților sanitare, publice sau private, pentru examinarea ambulatorie a persoanelor în vederea procurării, deţinerii, portului şi folosirii armelor şi muniţiilor, în conformitate cu Ordinul M.S. nr. 1945 din 9 iunie 2023



**ACORD**

**PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

 Subsemnatul …………………………………………………………………, CI seria ……….. nr …………..… îmi exprim în mod expres acordul privind prelucrarea datelor mele cu caracter personal, furnizate către DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numarul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum şi CNP-ul.

Am fost informat că prelucrarea datelor cu caracter personal de către operator, în calitate de autoritate publică, se efectuează din motive de interes public, în vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public.

Operatorul datelor cu caracter personalDIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI este o instituţie publică cu personalitate juridica care îşi desfăşoară activitatea pe teritoriul Municipiului Bucureşti în scopul realizării politicilor şi programelor naţionale de sănătate publică, a activităţii de medicina preventivă şi a inspecţiei sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate şi a organizării statisticii de sănătate, precum şi a planificării şi derulării investiţiilor finanţate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate, cu sediul social la adresa: str. Avrig nr.72-74, sector 2, București, email: dspb@dspb.ro

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că operatorul și entitățile împuternicite de operator pentru prelucrarea datelor au stabilit măsuri privind securitatea datelor tehnice și proceduri de management intern, precum și măsuri de protecție fizică a datelor pe care le stochează, conform standardelor acceptate în domeniu, pentru a proteja și pentru a asigura confidențialitatea, integritatea și accesibilitatea datelor mele cu caracter personal prelucrate. Măsurile instituite au ca scop prevenirea utilizării sau accesului neautorizat la datele mele cu caracter personal sau prevenirea încălcării securității datelor mele cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, instrucțiunile, politicile și legislaţia aplicabilă datelor cu caracter personal.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că, datele mele cu caracter personal pot fi puse la dispoziția următoarelor categorii de destinatari: angajații sau reprezentanții autorizați ai operatorului și persoanelor împuternicite către care operatorul a externalizat furnizarea anumitor servicii şi partenerilor acreditaţi, autorităților publice, cu respectarea prevederilor prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 şi legislaţiei naţionale.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relaţiei cu operatorul, în vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public, sau a acordului exprimat, şi, după finalizarea acesteia, cel putin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispoziţiile legale privind arhivarea.

 Declar că acordul este exprimat voluntar şi că am luat la cunoştinţă de faptul că prelucrarea datelor mele cu caracter personal se realizează doar pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiez de următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul la rectificare, dreptul la stergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"), dreptul la restricţionarea prelucrării, dreptul de opoziţie, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimţămantul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că îmi pot exercita drepturile descrise anterior, conform prevederilor legale, fie în mod individual, fie cumulat, prin simpla transmitere a unei solicitări către operatorul de date, prin intermediul serviciului de poștă electronică, la adresa dspb@dspb.ro sau la adresa de corespondenţă str. Avrig nr.72-74, sector 2, București.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Naţională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu următoarele date de contact: B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30 Sector 1, cod poștal 010336 Bucureşti, România, email: anspdcp@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

 Data Semnătura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_