

Subsemnatul, reprezentant legal al
....., cu sediul în localitatea, str.,
nr., bl., sc., et., ap., sector, solicit
autorizarea examinarea ambulatorie a persoanelor în vederea procurării, deținerii, portului și folosirii
armelor și munițiilor pentru următoarele specialități:

	DA	NU
a. Medicină internă	☐	☐
b. Oftalmologie	☐	☐
c. ORL	☐	☐
d. Neurologie	☐	☐
e. Psihiatrie	☐	☐
f. Ortopedie – traumatologie	☐	☐

Anexez în copie (certificată conform cu originalul), următoarele documente:

- a) certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale (pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998) sau, după caz, actul de înființare sau organizare conform legislației în vigoare) din care să reiasă specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea;
- b) copia documentului de deținere legală a spațiului;
- c) dovada deținerii 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 și personalul medico-sanitar, pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;
- e) dovada dreptului de liberă practică emisă de organizația 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 sănătății și familiei nr. **153/2003** pentru aprobarea **Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale**, cu modificările și completările ulterioare;
- g) dovada garanției, întreținerii și verificării tehnice periodice, după caz, a aparaturii cabinetului/cabinetelor din dotarea prevăzută la lit. f).

Menționăm, că toate documentele depuse la dosar să poarte ștampila unității medicale, semnătura și sintagma „conform cu originalul”.

Datele de contact ale unității medicale sunt: Localitatea, Str.
....., nr., Bl., Ap., Sector.,
Telefon/fax, e-mail.....

*** Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

Menționăm că, termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentației.

Data

Semnătura și ștampila



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 DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numărul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum și 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 vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public.

Operatorul datelor cu caracter personal DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI este o instituție publică cu personalitate juridică care își desfășoară activitatea pe teritoriul Municipiului București în scopul realizării politicilor și programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicina preventivă și a inspecției sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate și a organizării statisticii de sănătate, precum și a planificării și derulării investițiilor finanțate 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 cunoștință 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 legislația aplicabilă datelor cu caracter personal.

Confirm că am luat la cunoștință 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 și partenerilor acreditați, autorităților publice, cu respectarea prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 și legislației naționale.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relației cu operatorul, în vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public, sau a acordului exprimat, și, după finalizarea acestuia, cel puțin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispozițiile legale privind arhivarea.

Declar că acordul este exprimat voluntar și că am luat la cunoștință 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 cunoștință de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiaz de următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul la rectificare, dreptul la ștergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"), dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul de opoziție, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimțământul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

Confirm că am luat la cunoștință 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 corespondență str. Avrig nr.72-74, sector 2, București.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Națională 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 București, România, email: anspdcp@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

Data

Semnătura