

Către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București
Doamnă/Domnule Director,

Societatea _____ cu sediul social
în București/localitatea _____, str. _____, nr.
_____, bloc _____, sc. _____, Etaj _____ ap _____, sector _____/județ _____, telefon
_____, e-mail _____ cu nr. de înmatriculare
de la Registrul Comerțului J _____ cod fiscal _____,
solicit:

aprobarea înscrierii în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale Partea a II^a,

pentru specialități medicale, competențe, activități conexe și supraspecializări declarate în anexa la
prezenta cerere.

Societatea este administrată de d-nul/d-na doctor _____
cu specialitatea _____ competențe _____
cod parafă _____

Puncte de lucru: 1. _____

2. _____

Anexăm alăturat:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ 1. Avizul structurilor teritoriale ale Colegiului Medicilor din România sau Colegiului Medicilor Stomatologi din România, după caz – original + copie☐ 2. Autorizația Sanitară de Funcționare - copie☐ 3. Lista cu dotarea minimă existentă în concordanță cu serviciile furnizate; în cazul cabinetelor medicale cu obiect secundar de activitate servicii publice conexe actului medical și lista cu dotarea minimă existentă prevăzută în OMS nr. 1992/2023 cu modificările și completările ulterioare;☐ 4. Dovada deținerii legale a spațiului – copie☐ 5. Certificatul de înregistrare la registrul comerțului - copie☐ 6. Certificat constatator de la Registrul Comerțului din care să reiasă că sunt îndeplinite condițiile de desfășurare a activității – copie☐ 7. Actul constitutiv al societății - copie☐ 8. Tabel cu medicii specialiști, autorizațiile de liberă practică și contractele de muncă/colaborare, care lucrează în cadrul societății medicale cu personalitate juridică – în copie☐ 9. Certificatele de membru eliberate de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii nr. 95/2006 din care să reiasă specialitatea, competența, supraspecializarea medicului/medicilor - copii☐ 10. Lista de servicii medicale furnizate (anexa la cerere)☐ 11. Documente justificative care să ateste că administratorul societății medicale sau cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație sunt medici – certificat de membru cu aviz anual, cod de parafă – copie |
|---|

Pentru activitățile conexe actului medical:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Aviz organizație profesională, în funcție de specialitate (Colegiul Psihologilor din România/Colegiul Fizioterapeuților din România/ Ordinul Tehnicienilor Dentari din România)☐ Autorizațiile de liberă practică ale personalului care desfășoară activități conexe actului medical (Kinetoterapeuți, tehnicieni protezare, psihologi, optometristi e.t.c.) - copii |
|---|

ANEXĂ

la cererea de înregistrare a Societății
privind activitățile cu caracter medical ce urmează a fi furnizate

SPECIALITĂȚI MEDICALE

NR CABINETE

COMPETENȚE

ACTIVITĂȚI CONEXE

SUPRASPECIALIZĂRI

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

Numele si prenumele deponentului _____, tel. _____

Data:

Semnătura:



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 acesteia, 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 cumulativ, 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