

Către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București

Doamnă/Domnule Director,

Societatea _____ cu sediul social în
București/_____, str. _____, nr. _____, bloc _____, sc. _____, ap _____,
sector _____, telefon _____, email _____, cu nr. de
înmatriculare în Registrul Comerțului J _____, cod fiscal _____
_____, suprafata _____

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

Societatea înregistrată în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale cu nr. _____, la data
de _____ vă solicita aprobarea:

- ☐ schimbării sediului la adresa _____
 - ☐ schimbării numelui/formei de organizare în _____
 - ☐ înființării/anulării punctului de lucru la adresa _____
 - ☐ punctului de lucru de la adresa _____
-
- ☐ completării/modificării specialităților, competențelor medicale, supraspecializărilor conform
 - ☐ anexei _____
 - ☐ completării/modificării activităților conexe conform anexei _____
 - ☐ schimbării administratorului _____

Anexăm alăturat:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">☐ 1. Autorizația Sanitară de Funcționare – copie☐ 2. Avizul structurilor teritoriale ale Colegiului Medicilor din România sau Colegiului Medicilor Stomatologi din România, după caz – original + copie☐ 2. Dovada deținerii legale a spațiului - copie☐ 3. Actul constitutiv al societății – copie☐ 4. Certificatul de înregistrare la registrul comerțului, respectiv certificatul de înregistrare în registrul persoanelor juridice - copie☐ 5. Certificat constatator de la Registrul Comerțului din care să reiasă că sunt îndeplinite condițiile de desfășurare a activității – copie☐ 6. Tabel cu medicii specialiști și codurile lor de parafă, care lucrează în cadrul societății medicale cu personalitate juridică☐ 7. Certificatele de membru eliberate de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 din care să reiasă specialitatea, competența, supraspecializarea medicului/medicilor - copii☐ 8. Lista de servicii medicale furnizate (anexa la cerere)☐ 9. 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 |
|--|

*** Cerere pentru Certificat Supliment la Certificatul de Înregistrare a unei Societăți Comerciale
înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale Partea II-a**

ANEXĂ

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

SPECIALITĂȚI MEDICALE

NR CABINETE

	Adăugate	Anulate

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.

*** Termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentației.**

Data:

Semnătura și ștampila unității:



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 ștergere a 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