

Către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a) Dr. _____, domiciliat(ă)
în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____
et. _____, ap. _____, sector _____, telefon _____, e-mail _____
_____ cu specialitatea _____ competențe
_____ supraspecializări _____ codul de parafă
_____, solicit a-mi aproba

Înscrierea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a-I-a

a: CMI/SCM/CMG/CMA _____, str.
_____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____/cabinet _____ sector _____,
telefon _____ e-mail _____ cu
suprafața _____ mp.

Punct de lucru: str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____
et. _____, ap. _____, Cabinet nr. _____ sector _____, telefon cabinet _____, cu
suprafața _____ mp.

Menționez că în cadrul unității medicale lucrează _____ medici.

Contratură medic _____

* 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, din care Certificatul de avizare a cabinetului de la Colegiul Medicilor, **în original**.

Numele și prenumele deponentului _____, tel. _____

Data:

Semnătura:

Anexez alăturat:

- 1. Autorizația Sanitară de Funcționare – copie
- 2. Lista cu dotarea minimă existentă în concordanță cu serviciile furnizate; în cazul cabinetelor medicale cu obiect secundar de activitate servicii publice conexe actului medical, se va prezenta și lista cu dotarea minimă existentă pentru furnizarea acestor servicii conform Anexei 2 la OMS nr. 1992/2023 cu modificările și completările ulterioare;
- 3. Dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical; în cazul cabinetelor de medicina muncii fără personalitate juridică înființate în cadrul instituțiilor publice pentru angajații proprii se prezintă organigrama/statul de organizare a persoanei juridice; pentru unitățile de învățământ se face dovada emisă de unitatea administrativ-teritorială privind organizarea cabinetului - copie
- 4. Avizul structurilor teritoriale ale Colegiului Medicilor din România sau Colegiului Medicilor Stomatologi din România, după caz - original
- 5. În cazul asociațiilor și fundațiilor constituite conform O.G. nr. 26/2000 cu modificări și completări, se face dovada dobândirii personalității juridice precum certificatul de înregistrare, ori hotărârea judecătorească și statutul asociației sau fundației din care să reieșă serviciile medicale care urmează să fie furnizate – copie;
- 6. În cazul Cabinetelor Medicale Grupate sau Asociate, convenția de grupare sau asociere - copie;
- 7. În cazul Societăților Civile Medicale, contractul de asociere – copie;
- 8. Cod parafă medic titular - copie
- 9. Lista de servicii medicale furnizate

*** Cerere pentru înregistrarea unui CMI, SCM, CMG și CMA în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale
Partea I-a**



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 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: anspdc@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

Data

Semnătura