

Către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul, în calitate de reprezentant legal al

FORMA DE ORGANIZARE ȘI DENUMIREA

cu sediul social în localitatea str nr.,
bl., sc., ap., sector/judet, telefon
e-mailcod fiscal....., vă rog a-mi aproba înscrierea în

**Registrul Unic al Cabinetelor Medicale Partea a I-a a cabinetului medical fără personalitate
juridică**

DENUMIREA CABINETULUI MEDICAL

Numărul de sedii lucrative.....

1. Sediul lucrativ în localitatea.....Str.....

nr....., bl....., sc....., ap.....sector/judet..... telefon

care are următoarele activități autorizate.....

..... competențe

supraspecializări activități conexe

În cadrul unității lucrează medic/medici.

Medicul titular/împuternicit Dr.Cod personal

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 conexe actului medical și lista cu dotarea minimă existentă prevăzută în Anexa 2 la OMS nr. 1992/2023 cu modificările și completările ulterioare
- ☐ 3. Dovada deținerii legale a spațiului - copie;
- ☐ 4. Dovada dobândirii personalității juridice, ori hotărârea judecătorească de înființare și statutul asociației sau fundației cu specificația serviciilor medicale – copie
- ☐ 5. Hotărârea statuară a organelor de conducere privind înființarea unuia sau mai multor cabinete medicale;
- ☐ 8. Tabel cu medicii specialiști și codurile lor de parafă, care lucrează în cadrul (Asociației, Fundației, Organizației)
- ☐ 9.Hotărârea organelor de conducere și dovada constituirii legale pentru cultele și lăcașele de cult religios

2. Sediul lucrativ în București, Str., nr., bl., sc....., ap.....sector telefon

3. Sediul lucrativ în București, Str....., nr....., bl., sc., ap.....sector telefon

4. Sediul lucrativ în București, Str. nr., bl., sc., et. ..., ap., sector, telefon

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 cuprinde _____pagini, din care Certificatul de avizare a cab de la Colegiul Medicilor, în original.

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

Data:

Semnătura și ștampila

*** Cerere pentru înregistrarea unei Asociații, Fundații, Organizații, ONG-uri 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 medicină 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: anspdc@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

Data

Semnătura