

SPITALUL MUNICIPAL RÂMNICU SĂRAT  ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001	CONSIMȚĂMÂNT PACIENT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR PERSONALE	Ediția: I Nr.
		de ex...
		Revizia: 0 Nr. de
		ex...
		Pag.: 1/ 2
		Exemplar nr.

Subsemnatul/a _____, având CNP _____ prin prezenta, îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Spitalul Municipal Rm. Sărat, cu sediul în orașul Rm. Sărat, Str. Nicolae Bălcescu, nr. 2.

Am fost informat anterior că datele mele personale vor fi tratate confidențial și în conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătură pacient/ reprezentant legal

SPITALUL MUNICIPAL RÂMNICU SĂRAT  ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001	CONSIMȚĂMÂNT PACIENT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR PERSONALE	Ediția: I Nr.
		de ex...
		Revizia: 0 Nr. de
		ex...
		Pag.: 1/ 2
		Exemplar nr.

Subsemnatul/a _____, având CNP _____ prin prezenta, îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Spitalul Municipal Rm. Sărat, cu sediul în orașul Rm. Sărat, Str. Nicolae Bălcescu, nr. 2.

Am fost informat anterior că datele mele personale vor fi tratate confidențial și în conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătură pacient/ reprezentant legal

SPITALUL MUNICIPAL RÂMNICU SĂRAT   ISO 9001, ISO14001, ISO 45001	CONSIMȚĂMÂNT PACIENT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR PERSONALE	Ediția: I Nr.
		de ex...
		Revizia: 0 Nr. de
		ex...
		Pag.: 2/ 2
		Exemplar nr.

PACIENT CU DISCERNĂMÂNT, FĂRĂ CAPACITATE DE A SCRIE

Nu știe să scrie	Are o înfîrmitate (se notează care este înfîrmitatea)

Date contact medic de familie (nume și prenume/ adresă/ telefon):

.....
.....
.....

Subsemnatul (cadru medical), _____, **în calitate de martor**, confirm că prezentele formulare de consimțămînt au fost citite de către dr. în prezența mea și pacientul **și-a exprimat verbal acordul/refuzul** fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrîngere.

Semnătura martorului _____

Semnătura medicului care a făcut informarea

SPITALUL MUNICIPAL RÂMNICU SĂRAT   ISO 9001, ISO14001, ISO 45001	CONSIMȚĂMÂNT PACIENT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR PERSONALE	Ediția: I Nr.
		de ex...
		Revizia: 0 Nr. de
		ex...
		Pag.: 2/ 2
		Exemplar nr.

PACIENT CU DISCERNĂMÂNT, FĂRĂ CAPACITATE DE A SCRIE

Nu știe să scrie	Are o înfîrmitate (se notează care este înfîrmitatea)

Date contact medic de familie (nume și prenume/ adresă/ telefon):

.....
.....
.....

Subsemnatul (cadru medical), _____, **în calitate de martor**, confirm că prezentele formulare de consimțămînt au fost citite de către dr. în prezența mea și pacientul **și-a exprimat verbal acordul/refuzul** fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrîngere.

Semnătura martorului _____

Semnătura medicului care a făcut informarea

SPITALUL MUNICIPAL RÂMNICU SĂRAT   ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001	CONSIMȚĂMÂNT PACIENT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR PERSONALE		Ediția: I Nr.
			de ex...
			Revizia: 0 Nr. de
			ex...
		Pag.: 3/ 2	
		Exemplar nr.	

Durata completare formular: 2 minute

****In momentul prezentarii sau contactarii Spitalului Municipal Ramnicu Sarat, putem colecta si prelucra date cu caracter personal din urmatoarele categorii:**

- *Identitate (nume si prenume, nume si prenume contact urgenta sau insotitor etc.);
- *Contact (adresa, adresa e-mail, telefon, telefon contact urgenta etc.);
- *Identificare (CNP, CID, numar foaie de observatie, numar set analize etc.);
- *Informatii cu caracter special (stare de sanatate, dizabilitati etc.);
- *Informatii financiare (diferite sume platite);
- *Fotografii sau inregistrari video.

****Categoriile de date mentionate sunt prelucrate in urmatoarele situatii:**

- *pentru furnizarea serviciilor medicale;
- *pentru realizarea unei programari;
- *in cazul obligatiei de a respecta legile aplicabile si de a transmite anumite informatii institutiilor statului;
- *in vederea decontarii serviciilor medicale de catre CNAS/ CASMB;
- *in cazul in care personalul trebuie sa contacteze un contact de urgenta pe care l-ati specificat;
- *in cazul fotografiilor sau inregistrarilor video realizate pentru prezentarea spitalului;
- *pentru a va asigura siguranta si securitatea dumneavoastra si a bunurilor ce va apartin precum si pentru a asigura siguranta si securitatea angajatilor si bunurilor spitalului.