



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE
MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE EFORIE
NORD
Aleea Specială nr.1, Tel. 0241/741082,
Fax 0241/741117,
E-mail secretariat@efosan.ro



CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Subsemnatul , ,
CNP.

Am luat la cunoștință de prevederile stipulate în **Regulamentul European nr. 679/2016** în legătura cu **“Protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date”**.

“Spitalul, prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal (nume și prenume, sexul, data și locul nașterii, cetățenia, date din actele de stare civilă, nr.asigurării de sănătate, adresă, profesie, situație familială, obiceiuri/comportament, date care denotă origine etnică, C.N.P., seria și numărul actului de identitate și date privind starea de sănătate) prin mijloace automatizate / manuale, în scopul îmbunătățirii serviciilor de sănătate, datele colectate cu scopul asigurării protecție sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a vă acorda aceste servicii. Refuzul dumneavoastră de a furniza aceste date determină imposibilitatea acordării acestor servicii.

Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către spital și sunt comunicate numai următorilor destinatari: Direcția de Sănătate Publică, Casa Județeană de Asigurari de Sănătate, Casa Națională de Asigurari de Sănătate, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (S.N.S.P.M.S.), altor furnizori de servicii de sănătate acreditați sau dacă legea o cere în mod expres”.

Conform Regulamentului european mai sus menționat și al Legii drepturilor pacientului, beneficiați de dreptul de acces la date, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a vă adresa instanțelor de judecată, de informare, de rectificare a datelor, „dreptul de a fi uitat”, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul opoziției, dreptul la oportunitatea datelor, dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri, dreptul de a sesiza A.N.S.P.D.C.P., dreptul de retragere al consimțământului, dreptul de a fi notificat de operator în caz de încălcări privind securitatea datelor. Totodată aveți dreptul de a vă opune prelucrării datelor personale care vă privesc și să solicitați ștergerea datelor.

Pentru exercitarea acestor drepturi vă puteți adresa conducerii spitalului cu o cerere scrisă, datată și semnată, la adresa unității din str. Aleea Specială nr. 1 sau la adresa de e-mail: secretariat@efosan.ro.

De asemenea, vă este recunoscut dreptul de a vă adresa justiției. Datele dumneavoastră nu vor fi transferate în afara Uniunii Europene.

Certific că am citit/că mi s-a citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal¹ _____

PACIENT CU DISCERNĂMÂNT, FĂRĂ CAPACITATE DE A SCRIE

Subsemnatul (cadru medical), _____, **în calitate de martor**, confirm că prezentul formular a fost citit de către domnul/doamna _____, în prezența mea și pacientului și-a exprimat verbal acordul/refuzul fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere .

Semnătura martorului _____,

Semnătura medicului care a făcut informarea _____,

¹Se vor nota datele de identitate ale acestuia, gradul de rudenie, precum și datele împuternicirii de reprezentare în cazul tutorilor.