

I N F O R M A R E
cu privire la Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Scopul colectării datelor este acordarea de servicii medicale în condițiile legii.

Sunteți/ obligat(ă) să furnizați datele, acestea fiind necesare legalității acordării serviciilor medicale.

Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operator și împuternicitul său și sunt comunicate doar autorităților abilitate în domeniul medical, autorități de tip exemplificativ Ministerul Sănătății Publice, Casa de Asigurări de Sănătate, DSP, împuterniciți ai acestora.

Datele colectate vor fi păstrate pentru perioada de timp impusă de legislația în vigoare. Conform legislației menționate, beneficiați de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a vă adresa justiției. Totodată, aveți dreptul să vă opuneți prelucrării datelor personale care vă privesc și să solicitați ștergerea datelor în condițiile legii. Pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată Responsabilului pentru Protecția Datelor cu Caracter Personal la adresa de e-mail aret2009@gmail.com. De asemenea, vă este recunoscut dreptul de a vă adresa justiției. Datele dumneavoastră nu vor fi transferate în afara României de către operator prin împuternicitul său.

Dacă unele din datele despre dumneavoastră sunt incorecte, vă rugăm să ne informați cât mai curând posibil.

CONSIMȚĂMÂNT LIBER EXPRIMAT
cu privire la Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Subsemnatul _____,

CNP _____, CI _____, reprezentant legal al _____,

CNP _____, declar fără echivoc că am fost informat asupra drepturilor mele conform cerințelor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016 și a legislației naționale în vigoare cu privire la protecția datelor cu caracter personal de către CMI DR.STAFIE CELINA care are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale cu caracter medical furnizate în cadrul actului medical.

Declar că sunt de acord ca datele mele să fie prelucrate și menționez că acest acord este valabil până va fie expres revocat de către mine în condițiile legale.

Data _____

Nume _____

Semnătură