Către Direcţia de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul*(*a) Dr*.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*domiciliat(ă) în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_, bl.\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_ ap.\_\_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_\_\_telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cu specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, competenţe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ supraspecializări\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codul de parafă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit a-mi aproba înscrierea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a-I-a a:

S.C.M./ C.M.G./ C.M.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_, bl.\_\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_, ap\_\_\_\_\_,cabinet \_\_\_\_\_\_ sector\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu suprafaţa \_\_\_\_\_\_\_\_mp.

Punct de lucru: str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_, bl.\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_ ap\_\_\_,Cabinet nr.\_\_\_\_\_\_\_ sector\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu suprafaţa \_\_\_\_\_\_\_mp.

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

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

4.Sediul lucrativ Str...................................................... nr............., bl..............,sc............, ap..........

sector ……………………, telefon………………………………………………………....

5.Sediul lucrativ Str..................................................... nr............., bl..............,sc............, ap............. sector ……………………, telefon……………………………...

SPECIALITĂŢI MEDICALE NR CABINETE

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

COMPETENŢE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACTIVITĂŢI CONEXE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SUPRASPECIALIZĂRI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menţionez că în cadrul unităţii medicale lucrează\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medici.

Medicul împuternicit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul şi îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susţinute în documentaţia depusă.

Dosarul cuprinde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pagini, din care Certificatul de avizare a S.C.M./ C.M.G./ C.M.A.  de la Colegiul Medicilor, in original.

**Menţionăm că, termenul de soluţionare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentaţiei.**

**Data: Semnătura şi ştampila**

* 1.Certificatele de membru eliberate de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentişti conform Legii 95/2006 din care să reiasă specialitatea eventual competenţele medicului/ medicilor - copii
* 2.Certificatul de avizare a S.C.M./ C.M.G./ C.M.A.  eliberat de Colegiul Medicilor - Str. Avram Iancu nr. 1, sector 1/ Colegiul Medicilor Dentişti – Str. Salcâmilor nr.5 sector 2 – **ORIGINAL + copie**
* 3.Dovada îndeplinirii condiţiilor minime de spaţiu şi circuite funcţionale în concordanţă cu serviciile medicale furnizate pe specialităţi, competenţe, supraspecializări (notificare eliberată de D.S.P-M.B.)
* 4.Dovadă de deţinere legală a spaţiului (contract de vânzare-cumpărare,închiriere, concesiune, comodat) pe numele medicului – copie ; schiţa cabinetului - copie ; acceptul vecinilor şi asociaţiei de proprietari ;
* 5.Act constitutiv şi statutul **societăţii civile medicale** – copie
* 6.Contract de grupare sau asociere în cazul **cabinetelor medicale grupate/asociate** - copie
* 7.Tabel cu medicii specialişti şi codurile lor de parafă, care lucrează în cadrul S.C.M./ C.M.G./ C.M.A.
* 8. Alte documente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Cerere pentru înregistrarea unei S.C.M./ C.M.G./ C.M.A.  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 DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numarul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum şi 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 vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public.

Operatorul datelor cu caracter personalDIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI este o instituţie publică cu personalitate juridica care îşi desfăşoară activitatea pe teritoriul Municipiului Bucureşti în scopul realizării politicilor şi programelor naţionale de sănătate publică, a activităţii de medicina preventivă şi a inspecţiei sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate şi a organizării statisticii de sănătate, precum şi a planificării şi derulării investiţiilor finanţate 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](mailto:dspb@dspb.ro)

Confirm că am luat la cunoştinţă 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 legislaţia aplicabilă datelor cu caracter personal.

Confirm că am luat la cunoştinţă 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 şi partenerilor acreditaţi, autorităților publice, cu respectarea prevederilor prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 şi legislaţiei naţionale.

Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relaţiei cu operatorul, în vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public, sau a acordului exprimat, şi, după finalizarea acesteia, cel putin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispoziţiile legale privind arhivarea.

Declar că acordul este exprimat voluntar şi că am luat la cunoştinţă 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 cunoştinţă de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiez de următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul la rectificare, dreptul la stergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"), dreptul la restricţionarea prelucrării, dreptul de opoziţie, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimţămantul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

Confirm că am luat la cunoştinţă 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](mailto:dspb@dspb.ro) sau la adresa de corespondenţă str. Avrig nr.72-74, sector 2, București.

Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Naţională 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 Bucureşti, România, email: [anspdcp@dataprotection.ro](mailto:anspdcp@dataprotection.ro), tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

Data Semnătura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_