**Către Direcţia de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti**

**Doamnă/Domnule Director,**

Subsemnatul/a ............................................., reprezentant legal al unităţii sanitare …………………… ……….............................., cu sediul la adresa: str. ............................................ nr. ...., localitatea ...................., judeţul/sector.........., telefon ......................, fax .................., e-mail …………………… având actul de înfiinţare sau de organizare nr. .............................., Autorizaţia sanitară de funcţionare nr. ....../ ………………...., codul fiscal ......... şi contul nr. ......................................., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. …………………………....., deschis la Banca ..................., solicit pentru …………………………………........... situat la (adresa): ...................................................... efectuarea controlului unităţii sanitare în vederea **autorizării în domeniul transfuziei sanguine** pentru a desfăşura următoarele activităţi:…………………………………..……............................... ………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………….….………

**Anexez la prezenta cerere următoarele documente care fac dovada îndeplinirii criteriilor de autorizare, conform prevederilor legale în vigoare:**

a)structura de personal (lista personalului implicat în această activitate, calificări, precum şi numele, calificarea şi datele de contact ale medicului coordonator al UTS): ........................... ...................................................................................................................................................................

b)referitoare la organizarea instituţiei (organigrama din care să reiasă subordonarea unităţii de transfuzie managerului spitalului): ..........................................................................................................................

c)referitoare la sistemul calitate (extras din manualul calităţii instituţiei, din care să reiasă măsurile de asigurare a calităţii în activitatea transfuzională, numărul şi calificările personalului implicat în activitatea transfuzională la nivelul spitalului cu documente doveditoare, precum şi programul de pregătire a personalului în domeniul transfuziei sanguine): .........................................................................................................................

d)referitoare la sistemul de hemovigilenţă pentru raportarea, investigarea, înregistrarea şi transmiterea informaţiilor despre incidentele grave care pot influenţa calitatea şi siguranţa produselor sanguine şi reacţiile adverse severe, după caz:…………………..……………………… …………………………………………………………………………………………………………...

e)privind spaţiul (numărul de încăperi, destinaţia, circuite funcţionale): …………………………………………………………………………………………………………………………………...........

f)privind dotarea cu aparatură şi echipamente medicale adecvate activităţii pentru care se solicită autorizarea: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….......

g)lista procedurilor operatorii standard pentru activităţile de bază: …………………………………………………………………………………………………………………………. ................

h)privind programul şi documentarea îndeplinirii autoinspecţiei: .........................................................................................................................

**\* Cerere A.S.F unitati de transfuzie sanguina din unitatile sanitare**

I )contractele de furnizare de sânge şi componente sanguine încheiate cu centrele de transfuzie sanguină distribuitoare: ..........................................................................................................................

j)documentele care fac dovada, după caz, a îndeplinirii condiţiilor igienico-sanitare necesare în vederea funcţionării, respectiv:

autorizaţia sanitară de funcţionare………………………………………………………………………

- certificatul constatator eliberat de oficiul registrului comerţului……………………………………..

- ……………………………………………………………………………………………………….

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

k)**declaraţia pe propria răspundere a conducătorului unităţii sanitare** cu privire la realitatea documentelor depuse, precum şi concordanţa acestora cu situaţia de la nivelul unităţii sanitare care a solicitat autorizarea, întocmită conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 la norme OMS 607/2013;

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

**l)** chitanța de plată a tarifului de autorizare sanitară nr. ......................... din data de .................., în valoare de **300 lei**  da/nu

**m) alte documente …………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………**

**Mă oblig prin prezenta:**

1.să furnizez evaluatorilor informaţiile şi documentele necesare vizitei în vederea controlului unităţii sanitare, precum şi să asigur accesul liber în spaţiile acesteia;

2.să reînnoiesc permanent documentele al căror termen de valabilitate expiră ulterior datei depunerii acestora prin prezenta cerere;

3.să comunic Direcţiei de Sănătate Publică a municipiului București în scris, în termen de maximum două zile lucrătoare de la data apariţiei, orice modificare acondiţiilor iniţiale în baza cărora am fost evaluat.

**\* 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 .............................................................................. in original.**

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

 **DATA .......... / ....... / .................** **Nume..............................................**

 **Prenume.........................................**

 **Semnătura ..............................**

**Contul pentru plată este** : RO96TREZ70020160103XXXXX

Beneficiar: Bugetul de stat

Cont deschis la Direcţia de Trezorerie M.B. din Splaiul Unirii nr.6, sect.4

Cod fiscal 4400956



**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

 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 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, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

 Data Semnătura

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