

## Consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_ în  
conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679\* al Parlamentului European și al Consiliului din 27  
aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și  
privind libera circulație a acestor date **sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal** în vederea  
exercitării actului medical și a eliberării unei scrisori medicale, rețete, trimiteri, etc.

-Confirm faptul că am citit sau mi-a fost citită prezenta și am înțeles conținutul acesteia, am avut  
posibilitatea de a pune întrebări și am primit răspuns satisfăcător la toate întrebările mele, am înțeles  
informațiile și am beneficiat de timpul de gândire necesar.

- Mi s-a adus la cunoștință faptul că îmi pot retrage consimțământul în totalitate sau parțial, în orice  
moment, respectând prevederile legale în vigoare referitor la datele cu caracter personal, fără precizarea  
motivelor și fără angajarea vreunui prejudiciu.

-Acest subpunct nu are efect asupra aspectelor financiare și nu presupune, **in cazul serviciilor  
nedecontate de CNAS** prin FNUASS (Fondul National Unic al Asigurarilor Sociale de Sănătate) restituirea  
sume de bani deja plătite, în cazul în care retragerea consimțământului se produce după efectuarea actului  
medical și/sau a serviciului medical.

- Sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie stocate în arhiva furnizorului de servicii medicale  
precum și în sistemul informatic al acestuia. Aceste date pot fi transmise, după caz, și altor instituții pentru  
respectarea obligațiilor legale sau dacă există un interes legitim.\*\*

-Datele cu caracter personal sunt transmise către CASA JUDEȚEANĂ DE ASIGURĂRI DE  
SĂNĂTATE TIMIȘ în vederea decontării serviciilor medicale, precum și a transmiterii în format electronic  
și/sau scris a documentelor asociate consultației (Scrisoare medicală, bilete de trimitere, rețeta, concediu  
medical etc). **Numai în cazul în care acestea sunt secontate de CNAS**

-În vederea prestării actului medical sunteți de acord cu prezentarea tuturor documentelor medicale  
și/sau a actelor de identitate în vederea diagnosticării corecte și precise, precum și cu faptul că la fișa de  
consultație se va atașa o copie a acestora, acest lucru îndeplinindu-se pentru legalitatea actului medical.

- Atest totodată, prin semnarea prezentului consimțământ că am fost informat despre faptul că întreaga  
incintă a clinicii este supravegheată audio-video, pentru a asigura siguranța pacienților și a personalului  
medical.

- Sunt conștient că în cazul în care nu îmi exprim acordul de prelucrare a datelor cu caracter personal, nu  
pot beneficia de servicii medicale, exceptând cazul unei urgențe.

-Prin intermediul semnăturii îmi exprim liber și în deplină cunoștință de cauză consimțământul  
privind utilizarea datelor cu caracter personal în vederea efectuării investigațiilor medicale solicitate.

Data:

Semnătura:

.....

.....