

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT
privind prelucrarea datelor cu caracter personal**

Subsemnata/ul _____, în calitate de _____, pentru _____, domiciliat/ă în Mun. București, Str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, reședința (dacă este cazul) _____, identificat/ă cu BI/CI seria _____, nr. _____, eliberat/ă de către _____, la data de _____, CNP _____, tel: _____, e-mail: _____.

Declar prin prezenta că, în conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), am luat la cunoștință că Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (A.S.S.M.B.) are obligația legală de a-mi administra, prelucra și porta în condiții de siguranță datele mele personale pe care le furnizez sau pe care le furnizează instituția.

Datele cu caracter personal care fac obiectul prezentei declarații vor fi utilizate, în vederea executării contractelor de către A.S.S.M.B, operatorul economic emitent de vouchere și prestatorul de servicii medicale care efectuează procedurile medicale în cadrul proiectului "SMILE" și implicit în vederea decontării acestora către unitatea medicală de specialitate. Îmi exprim acordul ca A.S.S.M.B, operatorul economic emitent de vouchere și/sau prestatorul de servicii medicale să stocheze și să prelucreze rezultatele procedurii pentru care aplic în cadrul proiectului pentru perioada prevăzută de legislația în materie.

Declar că am fost informat/ă și îmi exprim acceptul cu privire la următoarele aspecte legate de prelucrarea datelor mele și ale copilului pe care îl reprezint cu caracter personal:

Declar că am fost informat/ă că datele mele personale și ale copilului pe care îl reprezint, urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică, în cadrul Proiectului "SMILE", de către operatorul economic emitent de vouchere, prestatorul de servicii medicale și de către Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București.

Retragerea prezentului acord poate avea drept efect, după caz, încetarea relațiilor generate de contractul încheiat cu A.S.S.M.B., cu toate consecințele ce pot deriva dintr-o astfel de încetare.

Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară în vederea derulării Proiectului "SMILE" efectuat de către A.S.S.M.B. în condiții legale și că, în lipsa acestora, A.S.S.M.B. nu poate derula operațiunile specifice activității sale.

În cazul în care datele mele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări, precum și orice cerere sau sesizare în legătură cu prelucrarea datelor mele cu caracter personal va fi transmisă în scris la sediul A.S.S.M.B. din Str. Sf. Ecaterina nr. 3, Sector 4, București

*** Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile, programele și proiectele desfășurate de A.S.S.M.B.**

Data:

Semnătură

Proiect "SMILE"

Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

Strada Sf. Ecaterina Nr. 3, Sector 4, București

C.U.I. 25502560

Cont bancar: RO74TREZ005006XXX002371

Tel/Fax: 021.310.10.59/69

Email: contact@assmb.ro