

**SPITALUL DE BOLI CRONICE SEBIS**

Romania, localitatea Sebis, strada Tineretului, nr. 2, cod postal 315700

Telefon: 0257/311059, Fax: 0257/311059

E-mail: [spitalsebis@artelecom.net](mailto:spitalsebis@artelecom.net)Web: [www.spitalsebis.ro](http://www.spitalsebis.ro)**Formular exercitare drepturi conform Regulamentului UE  
679/2016**

Atunci când solicitați date cu caracter personal despre dumneavoastră sau exercitarea drepturilor conform Regulamentului UE 679/2016, este necesar să furnizați o dovadă a identității împreună cu acest formular.

Dacă solicitați date cu caracter personal în numele unei alte persoane vizate, este necesar să descrieți relația cu persoana vizată, să transmiteți solicitarea scrisă și semnată a acestuia și o copie a dovezii identității dumneavoastră împreună cu acest formular.

**Detalii persoană vizată**

Nume și prenume	
CNP	
Telefon / E-mail	
Adresă	
Descriere detaliată solicitare:	
Detalii suplimentare solicitare:	

**Date de identificare și contact (terță parte)**

Nume și prenume	
Telefon / E-mail	
Adresă	
Relația cu persoana vizată:	

**Declarație**

Certific că informațiile furnizate în acest formular sunt corecte ținând cont de informațiile deținute. Sunt de acord cu faptul că spitalul va lua măsuri rezonabile pentru a stabili identitatea înainte de eliberarea datelor cu caracter personal. Solicit spitalului să îmi furnizeze o copie a datelor cu caracter personal referitoare la persoana vizată a acestui formular.

Am anexat următoarele:

- O copie a dovezii de identitate a persoanei vizate
- O copie a dovezii de identitate a terței părți
- Documente justificative pentru demonstrarea relației dintre părți
- Copie procură notarială

Nume și prenume	Semnătura	Data
-----------------	-----------	------

Trimiteți formularul completat la: [spitalsebis@artelecom.net](mailto:spitalsebis@artelecom.net) sau la registratura spitalului.