



R O M A N I A
MINISTERUL SANATATII

DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV



Str. Av. Popisteanu nr. 46, sect. 1, Bucuresti, Tel. 021 224.45.96, e-mail: office@dspilfov.ro
Operator de date cu caracter personal nr. 12650

C A T R E
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV

Subsemnatul(a),, cu domiciliul în
localitatea, județul, str.
.....bl....., sc....., et....., ap., posesor/posesoare
al/a BI/CI: seria, nr., eliberat de, la data
de, în calitate de, al
....., cu sediul în
.....
....., telefon,
fax, înmatriculată la Registrul Comerțului sub nr. /,
având codul fiscal nr. din, solicit,
.....
pentru,
situat în:,
având ca obiect de activitate (cod CAEN):,
.....
structura funcțională:,
.....

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- a) memoriul tehnic;**
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă;**
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;**
- d) hotărârea judecătorească de înființare;**
- e) declarația privind deținerea legală a spațiului;**
- f) chitanța de plată a tarifului de autorizare/certificare/consultanță nr. / din data de
....., în valoare de lei**
- g) altele**

Data

Semnătura



R O M Â N I A
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI ILFOV



Str. Av. Popisteanu nr. 46, sect. 1, Bucuresti, Tel. 021 224.45.96, e-mail: office@dspilfov.ro
Operator de date cu caracter personal nr. 12650

CONSIMITAMANT

PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

SUBSEMNAȚULLEGITIMAT CU

SERIA NR.....ELIBERAT DELA DATA

CNP TEL ADRESA.....

.....E-MAIL

IN CALITATE DE:

- REPREZENTANT LEGAL
- ALT TERT
- IMPUTERNICIT
- PARINTE/TUTORE MINOR

IMI EXPRIM IN MOD EXPRES LIBERUL CONSIMITAMANT, LIPSIT DE AMBIGUITATE, FARA ECHIVOC
PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL:

- PERSOANELE
- ALTE SOCIETATI PE CARE O REPREZINT IN MOD LEGITIM
- ALT TERT PE CARE IL REPREZINT IN MOD LEGITIM IN SCOPUL:
- OBTINERII DOCUMENTELOR NECESARE AUTORIZARII / FUNCTIONARII
- INREGISTRARII IN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE
- ALT SCOP

.....
Am fost informat cu privire la categoria datelor personale ce urmeaza a fi prelucrate, scopul prelucrării lor, modul de pastrare (securitatea datelor), protejarea datelor, confidentialitatea datelor, trasabilitatea (circuit), termen de pastrare, cartografiere.

Am fost informat cu privire la obligatiile mele privitor la modificarea datelor cu caracter personal.

Am fost informat despre drepturile mele: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul de interventie asupra datelor, dreptul de opozitie, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a face plangere la ANSPDCP sau de a ma adresa justitiei.

Pentru exercitarea acestor drepturi conform REGULAMETULUI Nr. 679/27.04.2016, va puteti adresa cu o cerere scrisa, datata si semnata la adresa de email: ilfovds@yahoo.com
(Responsabil D.P.O. – Valentin BESCUI)

**REFUZUL DUMNEAVOASTRA DE A FURNIZA ACESTE DATE, DETERMINA INSA
IMPOSIBILITATEA DERULARII ACTIVITATILOR SPECIFICE DIRECTIEI DE SANATATE PUBLICA A
JUDETULUI ILFOV**

OPERATOR DATE PERSONALE
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA
A JUDETULUI ILFOV
DPO – Valentin BESCUI

NUME PRENUME

.....
Data
Semnatura