



**SPITALUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARĂ"**

Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mureș

Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809

CUI 1235218

[www.spitalreghin.ro](http://www.spitalreghin.ro)



## FORMULAR SOLICITARE ACCES LA PROPRIILE DATE PERSONALE

Aveți dreptul să solicitați datele personale pe care le putem deține despre dvs. Persoana vizată este o persoană care face obiectul datelor cu caracter personal.

Dacă doriți să faceți o cerere, vă rugăm să completați acest formular și să-l retransmiteți prin poștă sau prin e-mail.

Dacă solicitarea Dvs. se trimite prin poștă, vă rugăm să folosiți următoarea adresă:

Spitalul Municipal "Dr. Eugen Nicoară" Reghin  
Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud. Mureș  
În atenția Responsabilului cu protecția datelor

Dacă trimiteți prin e-mail, vă rugăm să folosiți următoarea adresă:

[adresa de e-mail]: [secretariat@spitalreghin.ro](mailto:secretariat@spitalreghin.ro)

Vă rugăm să scrieți "SOLICITARE PERSOANĂ VIZATĂ" în câmpul subiect al e-mailului.

**1. Numele complet al persoanei vizate**

**2. Data nașterii**

**3. Adresa actuală a persoanei vizate**

**4. Numărul de telefon al persoanei vizate**

Telefon fix:

Telefon Mobil:

**5. Detalii privind datele solicitate:**



**SPITALUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARĂ"**  
Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mureș  
Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809  
CUI 1235218  
[www.spitalreghin.ro](http://www.spitalreghin.ro)



**6. Pentru a ne ajuta să căutăm informațiile pe care le solicitați, vă rugăm să ne comunicați datele pe care le solicitați cu cât mai multe detalii posibil (de ex. Copii ale e-mailurilor între <data> și <data>).**

**Dacă nu primim informații suficiente pentru a găsi datele pe care le solicitați, este posibil să nu putem respecta întocmai solicitarea dvs.**

**7. Informațiile vor fi transmise persoanei vizate sau reprezentantului acesteia?**

Către persoana vizată

Către reprezentant

**8. Confirm că eu sunt persoana vizată**

Semnătura: \_\_\_\_\_



SPITALUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARĂ"

Str. Spitalului, nr. 20, 545300, Reghin, jud Mureș

Tel/Fax: 0265-512712 / 0265-512809

CUI 1235218

www.spitalreghin.ro



Numele complet: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_.

Vă anexez o copie a documentului de identitate.

**9. (Se completează dacă la întrebarea 7 se răspunde cu "către reprezentant")  
Persoana vizată (ale cărui date sunt solicitate) trebuie să dea o împuternicire/autorizație scrisă pentru ca informațiile să fie comunicate reprezentantului său autorizat.**

Prin prezenta autorizez pe \_\_\_\_\_ (se completează numele persoanei împuternicite/autorizate să vă reprezinte) pentru a solicita acces la datele mele personale.

Semnătura persoanei vizate: \_\_\_\_\_

Numele complet: \_\_\_\_\_

**10. (A se completa de către reprezentantul persoanei vizate) Confirm că sunt reprezentantul autorizat al persoanei vizate.**

Numele reprezentantului autorizat și adresa la care trebuie trimise datele cu caracter personal:

\_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Numele complet \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Vom depune toate eforturile pentru a procesa cererea de accesare a persoanelor vizate cât mai curând posibil în termen de 30 de zile calendaristice. Cu toate acestea, dacă aveți întrebări în timp ce solicitarea dvs. este procesată, nu ezitați să ne contactați la această adresă.**