

Anexa 1

*la Regulamentul privind implementarea proiectului
"RECUPERARE ONCOLOGICĂ"*

CERERE DE INCLUDERE ÎN PROIECT

Subsemnatul/a _____,
CNP _____, CI serie _____ nr _____, eliberat la data
de _____, email: _____, telefon:
_____, domiciliul stabil: _____

Reședința (se va completa doar în situația existenței vizei de flotant):
_____, valabilitate de
la _____ până la _____.

Solicit includerea în cadrul Proiectului **"RECUPERARE ONCOLOGICĂ"**, aprobat prin HCGMB nr. 181/04.06.2025, desfășurat în conformitate cu Regulamentul privind implementarea proiectului și declar pe propria răspundere sub sancțiunile aplicate faptei de fals și uz de fals în acte publice, conform prevederilor Codului Penal, că documentele și datele transmise conțin informații corecte și complete și îmi exprim acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, după cum urmează:

- ✓ În conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsurile 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, am luat la cunoștință că Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (A.S.S.M.B.) are obligația legală de a-mi administra, prelucra, stoca și porta în condiții de siguranță datele personale, pe care le furnizez și pe care instituția, mai sus numită, le furnizează, la rândul său, terților, în scopul aducerii la îndeplinire a Proiectului.
- ✓ Datele cu caracter personal vor fi utilizate, în vederea executării contractelor de către A.S.S.M.B. și unitățile sanitare publice/private afiliate, implicit în vederea decontării acestora către acestea a serviciilor medicale de care voi beneficia în cadrul proiectului, precum și alte demersuri necesare în vederea îndeplinirii obiectivului proiectului. Astfel, îmi exprim acordul ca A.S.S.M.B., unitățile sanitare publice/private afiliate, să stocheze și să prelucrez datele personale, pentru perioada prevăzută de legislația în materie.
- ✓ Declar că am fost informat în ce constă prelucrarea datelor mele cu caracter personal, care este scopul prelucrării, care este modalitatea prin care se vor prelucra datele cu caracter personal, precum și cu privire la drepturile pe care le avem, pe perioada derulării proiectului.
- ✓ Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară derulării Proiectului **"RECUPERARE ONCOLOGICĂ"**, implementat 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 Bd. Ion Mihalache, Nr. 11-13, sector 1, București.

✓ Am citit și sunt de

acord cu termenii și condițiile Regulamentului privind implementarea proiectului.

- ✓ Declar pe proprie răspundere că serviciile și tratamentele medicale prevăzute în proiect vor fi accesate, în completarea serviciilor și procedurilor medicale de același tip decontate de Casa de Asigurări de Sănătate de care am beneficiat anterior eliberării indicației medicale de către medicul oncolog curant.
- ✓ Sunt de acord și îmi asum plata cheltuielilor care depășesc valoarea sprijinului financiar acordat prin proiect pentru fiecare tip de serviciu sau tratament medical.
- ✓ Sunt de acord și îmi asum să respect termenul maxim de 10 zile lucrătoare de la data comunicării prin e-mail a aprobării dosarului, pentru prezentarea la sediul ASSMB din Bd. Ion Mihalache Nr. 11-13, sect. 1, București, în vederea semnării Contractului de acordare a sprijinului financiar și a ridicării Deciziei de aprobare în original. În caz contrar, îmi asum că nu voi beneficia de sprijinul financiar, acordat prin proiect
- ✓ Sunt de acord și îmi asum termenul maxim de 90 (nouăzeci) zile calendaristice de la data primirii deciziei de aprobare, pentru efectuarea serviciilor și procedurilor medicale de care beneficiaz în cadrul proiectului.
- ✓ Declar că am fost informat/ă și sunt/nu sunt de acord ca fotografiile și/sau înregistrările audio/video, realizate în calitate de beneficiar al proiectului, care urmează a fi prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie și/sau electronică) și să fie utilizate de către A.S.S.M.B. în materiale de promovare a Proiectului și/sau presa scrisă/TV și de asemenea, să fie publicate pe pagina "Facebook" a A.S.S.M.B. sau pe pagina dedicată Proiectului "RECUPERARE ONCOLOGICĂ" pe site-ul A.S.S.M.B.
- ✓ Sunt/nu sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail noutăți despre campaniile și proiectele derulate de Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București și despre serviciile în domeniul sănătății dedicate bucureștenilor.

Nume și Prenume solicitant:

Semnătura:

Data: