**CERERE DE RAMBURSARE**

Subsemnatul,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fiind internat în perioada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_în secția/compartimentul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca,

**SAU**

Subsemnatul,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **reprezentant legal**, domiciliat în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(șot/părinte/copil/tutore)al pacientului\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fiind internat în perioada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_în secția/compartimentul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca,

Solicit rambursarea cheltuielilor cu medicamentele/materialele sanitare/investigațiile paraclinice efectuate pe perioada internării, în valoare totală de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lei.

Număr de telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doresc ca suma menționată să mi se ramburseze:

1. Prin virament bancar

Nume titular cont:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP titular cont:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cont bancar (IBAN):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Numerar

Data, Nume, Prenume solicitant

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Semnătură,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMARE INIȚIALĂ**

Subscrisa, **SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA**, cu sediul în **STR. CLINICILOR nr. 3-5**, CUI **4288080**, telefon **0264 597 852**, e-mail **secretariat@scj-cj.rdscj.ro**, în baza art. 13 din REGULAMENTUL (UE) 2016/679 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI/ 27 aprilie 2016, vă informăm că vom colecta și prelucra datele dvs. cu caracter personal (nume, adresa de email, numar de telefon, adresa de domiciliul, CNP, etc. ) în scopul **soluționării cererii de rambursare a cheltuielilor efectuate pe perioada de spitalizare a pacientului.**

Temeiul juridic al prelucrarii datelor dvs. cu caracter personal îl reprezintă - **persoana vizată și-a dat consimțământul pentru prelucrarea datelor sale cu caracter personal pentru scopul indicat anterior (art. 6 alin.1 lit. a din Regulament).**

Vă informăm că destinatarii datelor dvs. cu caracter personal sunt angajații subscrisei, departamentul de contabilitate, compartimentul juridic precum și orice angajat care este împlicat la soluționarea cererii dumneavoastră și că nu intenționăm transferarea acestor date către o altă intituție publică sau societate privată.

Datele vor fi stocate pe parcursul soluționării cererii de rambursare, ulterior, urmând ca aceste date să fie arhivate conform dispozițiilor prevăzute în Legea Arhivelor Naționale și a nomenclatorului arhivistic.

Vă informăm ca aveți dreptul de a solicita accesul la datele dvs. personale, precum și rectificarea sau ștergerea acestora sau restricționarea prelucrării, conform legii, precum și dreptul de a face plângere la autoritatea de supraveghere, dacă considerați că drepturile dvs. au fost nerespectate.

Data:

Am luat la cunostinta,

Nume, Prenume:

Semnatura:

**CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Declar, în mod neechivoc, faptul că sunt de acord ca **SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA**, cu sediul în **STR. CLINICILOR nr. 3-5**, CUI **4288080**, telefon **0264 597 852**, e-mail **secretariat@scj-cj.rdscj.ro**, în calitate de operator, prin reprezentanții acestuia, să prelucreze datele mele cu caracter personal introduse în **cererea de rambursare** în scopul **soluționării cererii de rambursare a cheltuielilor efectuate pe perioada de spitalizare.**

Consimțământul în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal este voluntar. Acest consimțământ putând fi retras în orice moment, iar retragerea lui nu afectează legalitatea utilizării datelor înainte de retragerea consimțământului (retragerea consimțământului nu are efect retroactiv).

De asemenea, înțeleg că în lipsa consimțământului meu liber exprimat sau retras, datele cu caracter personal nu vor fi prelucrate și cererea de rambursare nu va putea fi soluționată.

Declar că, pentru orice întrebare sau nelămurire referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal**, SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA** mi-a pus în vedere faptul că pot contacta persoana responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal, având datele de contact menționate în antetul documentului.

Data:

Am luat la cunostinta,

Nume, Prenume:

Semnatura: