



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA

str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanța

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: secretariat@spitalharsova.ro

Operator de date cu caracter personal

www.spitalharsova.ro



ANMCS

unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

Acordul pacientului

privind filmarea/fotografierea în incinta unității medicale

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), având cod numeric personal (CNP) _____, îmi exprim acordul de a fi filmat / fotografiat în incinta unității sanitare în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care o exprim în deplină cunoștință de cauză.

_____ Data: ____/____/____/

Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere în scopuri care le exclud pe cele medicale

Subsemnatul _____, medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat/fotografiat în incinta unității sanitare în scopuri care le expun pe cele medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

_____ Data: ____/____/____/

Semnătura medicului care îngrijește pacientul