



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 înregistrarea audio/foto/video în scop medical

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), având cod numeric personal (CNP) _____, îmi exprim acordul de a fi înregistrat audio/foto/video în scopuri medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care o exprim în deplină cunoștință de cauză.

_____ Data: ____/____/____/

Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru înregistrare audio/foto/video în scopuri medicale

Subsemnatul _____, medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie înregistrat audio/foto/video în scopuri medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

_____ Data: ____/____/____/

Semnătura medicului care îngrijește pacientul