



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA  
str. Vadului, nr. 76, Hârșova, jud. Constanța  
tel/fax: 0241/870 208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)  
[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)  
Operator de date cu caracter personal



## CONSIMȚĂMÂNT

pentru efectuarea testului HIV

Subsemnatul(a).....  
, sunt de acord cu prelevarea de sânge în vederea efectuării testului HIV.

Mențiune: Spitalul Orășenesc Hârșova, prin întreg personalul angajat se obligă să trateze confidențial orice informație legată de efectuarea și rezultatul testului HIV.

Semnătură pacient

.....

Semnătură medic responsabil  
(*medic curant*)

.....