



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA

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

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: [secretariat@spitalharsova.ro](mailto:secretariat@spitalharsova.ro)

Operator de date cu caracter personal

[www.spitalharsova.ro](http://www.spitalharsova.ro)



unitate aflată în  
PROCES DE ACREDITARE



## DECLARAȚIE

### privind comunicarea documentelor medicale personale

Subsemnatul \_\_\_\_\_ (numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal), având cod numeric personal (CNP) \_\_\_\_\_, declar că mi-au fost înmânate, în urma solicitării adresate Spitalului Orășenesc Hârșova, copii ale următoarelor documente:

Documente medicale solicitate, în copie:	
1.	
2.	
...	
_____	Data: ____/____/____/
<i>Semnătura persoanei care a solicitat documente medicale</i>	