



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

SOLICITARE

privind comunicarea documentelor medicale personale

către

SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA,

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), având cod numeric personal (CNP) _____, vă solicit prin prezenta să-mi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), având cod numeric personal (CNP) _____, în calitate de reprezentat legal al pacientului* _____, vă solicit prin prezenta să-mi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

(*în cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu)

(**se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale)

Documente medicale solicitate, în copie:

1.

2.

...

Data: ____/____/____/

Semnătura persoanei care a solicitat documente medicale