

DECLARAȚIE
privind comunicarea documentelor medicale personale
conform prevederilor OMS nr. 1.410 din 12 decembrie 2016 privind aprobarea
Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003

Către,

CONDUCEREA SERVICIULUI DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BISTRIȚA-NĂSĂUD

Subsemnatul (numele și prenumele pacientului),
cod numeric personal,
=====

Subsemnatul (numele și prenumele pacientului),
cod numeric personal, în calitate de reprezentant
legal al pacientului*) (numele și prenumele pacientului),
cod numeric personal,

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

=====

Subsemnatul (numele și prenumele pacientului),
cod numeric personal, în calitate de împuternicit al
pacientului*) (numele și prenumele pacientului),
cod numeric personal,

*) Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

declar că mi-au fost înmânate, în urma solicitării mele, adresate Serviciului de Ambulanță Județean Bistrița-Năsăud , copii ale următoarelor documente:
1.
2.
3.
4.

(semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)

Data _____