C.N.A.S.

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR
ORADEA, Calea Borşului nr.5
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail: casbh@rdslink.ro

Anexa la cererea nr. _____

Exprimare consimțământ

Subsemnatul/a,_____,identificat/ă prin B.I./C.I. seria _____, nr. _____, eliberat/ă de _____, la data de _____, având C.N.P. _____, cu domiciliul stabil în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, apt. _____, județul _____,

în baza Regulamentului nr. 679/2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, a Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu completările și modificările ulterioare, a art. 4 alin. (2) din O.U.G. nr. 41/2016 privind stabilirea unor măsuri de simplificare la nivelul administrației publice centrale și pentru modificarea și completarea unor acte normative, consimt ca CAS Bihor să solicite organelor abilitate _____ _____ documentul _____

_____ cu scopul obținerii _____

_____

Sunt de acord să furnizez CAS Bihor datele mele cu caracter personal așa cum sunt definite ele în legislația în vigoare și îmi exprim consimțământul expres referitor la:
- preluarea de către CAS Bihor a datelor mele cu caracter personal, de la alte autorități sau instituții publice;
- stocarea de către CAS Bihor a datelor mele cu caracter personal furnizate, în conformitate cu legislația în vigoare.

Am luat cunoștință de faptul că pot reveni oricând asupra acestui consimțământ și că termenul de soluționare a cererii va fi decalat cu perioada necesară obținerii documentului pentru care mi-am exprimat consimțământul expres.

Date de contact:
Mobil _____
E-mail _____
Data

Semnătura

- *Timp mediu de comletare formular 3-5 minute*