

CEREREA DE INCLUDERE ÎN PROIECT

Subsemnata _____, CNP _____,
CI serie _____ nr _____, eliberat la data de _____ Domiciliul stabil

Reședința (dacă este cazul) _____

Valabilitate de la _____ până la _____ .

Subsemnatul _____, CNP _____,
CI serie _____ nr _____, eliberat la data de _____ Domiciliul stabil

Reședința (dacă este cazul) _____

Valabilitate de la _____ până la _____ .

Solicităm includerea în PROIECTUL „O Șansă Pentru Cuplurile Infertile – FIV2”, desfășurat conform REGULAMENTULUI și declarăm pe propria răspundere sub sancțiunile aplicate faptei de fals și uz de fals în acte publice, conform prevederilor Codului Penal, că documentele și datele transmise conțin informații corecte și complete și îmi exprim acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, după cum urmează:

- ✓ În conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsurile de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, am luat la cunoștință că Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (A.S.S.M.B.) are obligația legală de a-mi administra, prelucra, stoca și porta în condiții de siguranță datele personale, iar în caz de reușită a procedurilor de fertilizare *in vitro*, ale nou născutului/ei, pe care le furnizăm și pe care instituția, mai sus numită, le furnizează, la rândul său, terților, în scopul aducerii la îndeplinire a Proiectului.
- ✓ Datele cu caracter personal vor fi utilizate, în vederea executării contractelor de către A.S.S.M.B și prestatorul de servicii medicale, care efectuează procedurile medicale în cadrul proiectului „O șansă pentru cuplurile infertile – FIV 2”, prelucrarea comenzilor de vouchere FIV, emiterea și livrarea voucherelor FIV, implicit în vederea decontării acestora către unitatea medicală de specialitate, precum și alte demersuri necesare în vederea îndeplinirii scopului Contractului de furnizare pentru voucherele de fertilizare *in vitro*. Astfel, ne exprimăm acordul ca A.S.S.M.B, operatorul emitent de vouchere, farmaciile și/sau prestatorul de servicii medicale să stocheze și să prelucreze rezultatele procedurii pentru care aplicăm în cadrul proiectului, pentru perioada prevăzută de legislația în materie.
- ✓ **Ne obligăm să aducem la cunoștința A.S.S.M.B., în scris, prin poștă sau prin intermediul poștei electronice (e-mail), sarcina confirmată în evoluție la 6 (șase) săptămâni.**
- ✓ **Ne obligăm să punem la dispoziție A.S.S.M.B. în termen de maximum 30 (treizeci) de zile de la naștere, copia certificatului de naștere a nou-născutului/ei.**
- ✓ Declarăm ca am fost informați în ce constă prelucrarea datelor cu caracter personal ale noastre cât și ale nou-născutului/ei, care este scopul prelucrării, care este modalitatea prin care se vor prelucra datele cu caracter personal, precum și cu privire la drepturile pe care le avem,

pe perioada derulării proiectului.

- ✓ Am luat la cunoștință că retragerea prezentului acord va avea drept efect, imposibilitatea de ducere la îndeplinire a drepturilor și obligațiilor A.S.S.M.B., în ceea ce ne privește, pe perioada de derulare a Proiectului și implicit, încetarea relațiilor generate de contractul încheiat cu A.S.S.M.B., cu toate consecințele ce pot deriva dintr-o astfel de încetare, fără ca A.S.S.M.B. să poată fi tras la răspundere dacă o astfel de încetare este cauzată de retragerea prezentului acord privind prelucrarea datelor noastre cu caracter personal.
- ✓ Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară derulării Proiectului „O șansă pentru cuplurile infertile – FIV 2” efectuat de către A.S.S.M.B. în condiții legale și că, în lipsa acestora, A.S.S.M.B. nu poate derula operațiunile specifice activității sale.
- ✓ În cazul în care datele noastre cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări, precum și orice cerere sau sesizare în legătură cu prelucrarea datelor cu caracter personal ale noastre cât și a nou născutului/ei, va fi transmisă în scris la sediul A.S.S.M.B. din Str. Sf. Ecaterina nr. 3, Sector 4, București.

DA **NU**

Sunt de acord cu **fotografierea și/sau filmarea video** a nou-născutului/ei și a subsemnatei

Declar că am fost informată și sunt de acord ca fotografiile și/sau înregistrările audio/video, urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie și/sau electronică) și să fie utilizate de către A.S.S.M.B. în materiale de promovare a Proiectului și/sau presa scrisă/TV și de asemenea, să fie publicate pe pagina “Facebook” a A.S.S.M.B. , în cadrul Proiectului ”**O șansă pentru cuplurile infertile – FIV 2**”, de către Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București.

Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile, programele și proiectele desfășurate de A.S.S.M.B.

Semnatura partenerii	Semnatura partenerului

Data: ___/___/_____