



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN
HARGHITA**

**Str. Mikó, Nr. 3, Miercurea-Ciuc,
Cod poștal 530174, Județul Harghita**
e-mail: sajhr@sajhr.ro, web: www.sajhr.ro
☎: 00-40-266-371 562; fax: 0040-266-371 229



NR. _____ DATA: __/__/20__

**APROBAT:MANAGER GENERAL
Dr. Péter Szilárd**

FORMULAR

**de solicitare 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
HARGHITA**

Subsemnatul/a (*numele și prenumele pacientului*) _____,
cod numeric personal _____, vă solicit prin prezenta să îmi furnizați
în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale
întocmite.

Documentele medicale solicitate:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Subsemnatul/a (*numele și prenumele reprezentantului legal pacientului*) _____
_____ *cod numeric personal* _____, în calitate
de reprezentant legal al pacientului*) (*numele și prenumele pacientului*) _____
_____ *cod numeric personal al pacientului* _____,
vă solicit prin prezenta să îmi furnizați în copie, următoarele documente medicale referitoare la
starea mea de sănătate și la actele medicale întocmite.

Documentele medicale solicitate:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Data

Semnătura

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

Document ținut sub control.
Modificarea, multiplicarea și utilizarea fără aprobarea conducerii
SERVICIULUI DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN HARGHITA ESTE INTERZISĂ!

Operator de date cu caracter personal înregistrat la nr.35748