



-Cerere de eliberare documente medicale-

Către

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA

Subsemnatul/Subsemnata _____ ,având
CNP _____ , domiciliat/ă în loc. _____ , str.
_____, nr. _____ , bl. _____ , sc. _____ , et. _____ ,
apt. _____ , jud. _____ , nr. telefon _____ ,
e-mail _____ , în temeiul Legii nr. 46/2003,
vă înaintez prezenta :

CERERE DE ELIBERARE DOCUMENTE MEDICALE

prin care vă solicit în mod respectuos să-mi transmiteți, în termen de maxim 30 de zile de la data
înregistrării prezentei cereri, copii după următoarele documente medicale:

Precizez că acestea vizează internarea / perioada _____ și
au fost emise de :

[] Secția/Compartimentul/Laboratorul _____

[] Unitate de Primire Urgențe (UPU).

Alte mențiuni:

Precizez că îmi dau acordul la prelucrarea datelor mele cu caracter personal.

Semnătura

Data

- Formularul completat și semnat olograf se poate depune în format printat la Registratura generală a spitalului sau se transmite în format electronic, cu semnătură electronică, la adresa secretariat@scjucluj.ro ;
- Durata aproximativă de completare: 7 minute;
- Referință: art. 9 din Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.