



unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al II-lea

SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC CONSILIUL LOCAL CAVNIC

ORAȘ CAVNIC, Strada Unirii nr.4, cod poștal 435300, Maramureș

Telefon 0262295012, fax 0262295785, email spitalcavnic1@gmail.com



Anexa 11

CONȘIMȚĂMÂNT DE ACCES LA DATELE PERSONALE A UNEI TERȚE PERSOANE

(completată în conformitate cu prevederile art.24 alineat 2 din legea 46 din ianuarie 2003
a drepturilor pacientului)

Subsemnatul: _____

cod numeric personal : _____

internat în secția/compartimentul : _____

din cadrul Spitalul de psihiatrie CAVNIC situat pe strada Unirii Nr.4 în localitatea CAVNIC, MM

desemnez pe (nume prenume) : _____

având CNP-UL _____

Să aibă acces deplin, atât în timpul vieții mele, cât și după posibilul meu deces, la
informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație.

Pacient	Data	Semnătura

Semnătură aparținător _____

Semnătură medic _____