

**Anexa 1 la Regulamentul privind implementarea proiectului "DONEAZĂ PLASMĂ, SALVEAZĂ VIAȚĂ"****CERERE DE INCLUDERE ÎN PROIECT**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, CI serie \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_, eliberat la data  
de \_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_, telefon:  
\_\_\_\_\_, domiciliul stabil: \_\_\_\_\_

Reședința (dacă este cazul): \_\_\_\_\_,  
valabilitate de la \_\_\_\_\_ până la \_\_\_\_\_,

Solicit includerea în Proiectul **"DONEAZĂ PLASMĂ, SALVEAZĂ VIAȚĂ"**, aprobat prin HCGMB nr. 303/13.08.2020, desfășurat în conformitate cu regulamentul privind implementarea proiectului și declar 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, pe care le furnizez 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 operatorul economic emitent de vouchere, prelucrarea comenzilor de vouchere, emiterea și livrarea voucherelor, implicit în vederea decontării acestora către entitățile publice/private afiliate, precum și alte demersuri necesare în vederea îndeplinirii scopului contractului de furnizare de vouchere. Astfel, îmi exprim acordul ca A.S.S.M.B, operatorul emitent de vouchere, entitățile publice/private afiliate, să stocheze și să prelucreze datele personale, pentru perioada prevăzută de legislația în materie.

- ✓ Declar ca am fost informat în ce constă prelucrarea datelor mele cu caracter personal, 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.
- ✓ Înțeleg că furnizarea acestor date este necesară derulării Proiectului **”DONEAZĂ PLASMĂ, SALVEAZĂ VIAȚĂ”**, 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 mele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări, precum și orice cerere sau sesizare în legătură cu prelucrarea datelor mele cu caracter personal, va fi transmisă în scris la sediul A.S.S.M.B. din Bd. Ion Mihalache, Nr. 11-13, sect. 1, București.
- ✓ **Declar pe proprie răspundere că am donat plasmă în data de \_\_\_\_\_, la Centrul \_\_\_\_\_ de transfuzie sanguină \_\_\_\_\_ (denumirea centrului), situat în \_\_\_\_\_ (adresa centrului), în urma selectării mele de către centru ca îndeplinind criteriile de eligibilitate pentru donator vindecat de COVID-19.**
- ✓ Am citit și sunt de acord cu termenii și condițiile Regulamentului privind implementarea proiectului.
- ✓ Sunt/nu sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail noutăți despre serviciile în domeniul sănătății dedicate bucureștenilor.

**Nume si Prenume solicitant:**

**Semnatura:**