

**Către,  
Casa de Asigurări de Sănătate Vâlcea**

**CERERE**

**pentru utilizarea unui certificat calificat în platforma informatică din asigurările de sănătate**

**A. DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI DE SERVICII MEDICALE**

Cod de identificare fiscală	
Denumire	
Adresa	

**B. DATE DE IDENTIFICARE ALE PERSOANEI PENTRU CARE S-A ELIBERAT CERTIFICATUL DIGITAL**

Nume *)	
Prenume *)	
CNP *)	
Adresă e-mail *)	
Număr serie certificat digital (serial number **)	
Valabilitate certificat digital: (dată început ÷ dată sfârșit)	
Autoritate de certificare emitentă ***)	

\*) Se vor completa datele identic cu cele înscrise în certificatul digital;

\*\*) Se completează numărul serial al certificatului digital fără spații, "-", ":", dacă nu reușiți să identificați numărul și seria certificatului calificat, vă rugăm să luați legătura cu autoritatea de certificare care a eliberat certificatul;

\*\*\*) Se vor completa: autoritatea de certificare emitentă, versiunea și numărul (Ex. VATRO / 3 G2), întocmai ca în certificatul digital.

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 privind falsul în declarații din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

*Iau act de faptul că, **temeiul prelucrării datelor cu caracter personal care mă privesc de către CAS Vâlcea, furnizate prin prezenta cerere, este conform dispozițiilor art.5 alin.(1) și alin.(2) din Regulamentul (UE) nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, scopul prelucrării fiind actualizarea datelor dumneavoastră cu caracter personal privind certificatul calificat în platforma PIAS deus la CAS Vâlcea.***

*Iau act, inclusiv de drepturile pe care le am (**dreptul de acces la datele mele cu caracter personal, dreptul la rectificarea datelor mele cu caracter personal inexacte, dreptul la ștergerea datelor mele cu caracter personal, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri**) și modalitățile în care-mi pot exercita aceste drepturi.*

Data

Nume, prenume  
Reprezentant Legal  
Funcția


Semnătura și ștampila

--

**NOTĂ:**

Cererea din prezenta anexă va fi însoțită de următoarele documente (copie și original) în vederea înrolării în platforma informatică din asigurările de sănătate a furnizorilor de servicii medicale care nu se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

a) codul unic de înregistrare fiscală sau codul de înregistrare fiscală, după caz;

b) avizul de înființare a unității sanitare și avizul privind structura organizatorică emise de Ministerul Sănătății în condițiile legii;

c) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, al Colegiului Medicilor Dentiști din România, al Colegiului Farmaciștilor din România, al Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, după caz;

d) asigurare de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională pentru medici, farmaciști și alte persoane din domeniul asistenței medicale care își desfășoară activitatea într-o formă legală la acești furnizori;

e) documentul care atestă gradul profesional pentru medici (unde este cazul);

f) documentul privind atribuirea codului de parafă pentru medici, eliberat de direcțiile de sănătate publică.