

CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN AUDIENȚĂ

Nume:.....
Prenume:.....
Adresa de contact:
Localitatea.....judet/sector.....strada.....
.....nr.....bl..... scara..... ap.....
Telefon:.....
E-mail:

Obiectul audienței:.....

Motive:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prin completarea și semnarea prezentei cereri îmi dau acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal de către Spitalul Clinic de Neurpsihiatrie Craiova în scopul soluționării cererii formulate. Acestea pot fi comunicate de către Spitalul Clinic de Neurpsihiatrie Craiova numai destinatarilor abilitați prin acte normative, inclusive organelor de poliție, parchetelor, instanțelor sau altor autorități publice, în condițiile legii.

Data:

Semnătura petentului,

Notă: În vederea direcționării cererii de înscriere în audiență este necesară completarea tuturor rubricilor de mai sus. Nerespectarea programării atrage anularea acesteia, fiind necesară o nouă programare. Datele cu caracter personal sunt păstrate de Spitalul Clinic de Neurpsihiatrie Craiova în conformitate cu prevederile legale în vigoare.