CAS BRĂILA

ROMÂNIA
C.N.A.S.
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A JUDEȚULUI BRĂILA

Str. Roşiorilor, nr. 395, 810008 Brăila | Nr. ANSPDC 243 | Tel: 0239 - 627700, 627701, 627808
Fax: 0239 - 627800
Nr.: _____ data ____/____/_____ | e-mail: casbr@casbr.ro

# CONSIMȚĂMÂNT

Subsemnatul/a .....domiciliat(a).....în .....strada.....nr.....Bl.....sc....., ap....., județul.....identificat(a) prin ci/BI .....seria.....nr.....CNP....., nconformitate cu prevederile art. 2^1 alin. (2) din Ordonanța de Urgență nr. 41/2016 din 28 iunie 2016, privind stabilirea unor măsuri de simplificare la nivelul administrației publice centrale și pentru modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, **îmi exprim consimțământul** în vederea utilizării și prelucrării datelor mele cu caracter personal de către Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Brăila, în scopul

.....

Sunt informat de către C.J.A.S. Brăila că datele furnizate vor rămâne confidențiale și vor fi utilizate cu respectarea prevederilor art. 6, alin. (1) din REGULAMENTUL (UE) 2016/679 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 și a Legii nr. 363/2018 privind protectia persoanelor fizice referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal de catre autoritatile competente in scopul prevenirii, descoperirii, cercetarii, urmaririi penale si combaterii infractiunilor sau al executarii pedepselor, masurilor educative si de siguranta, precum si privind libera circulatie a acestor date.

**DATA**

**SEMNĂTURA**