

**CĂTRE,**  
**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ domiciliat/ă în  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
bloc \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, posesor al actului de identitate \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
având CNP \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_,  
telefon de contact \_\_\_\_\_,  
în calitate de medic titular al cabinetului medical \_\_\_\_\_,  
specialitatea \_\_\_\_\_, cu sediul  
la adresa \_\_\_\_\_,  
de înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale cu nr. \_\_\_\_\_, din date de \_\_\_\_\_,  
prin prezenta solicit anularea Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a  
cabinetului medical mai sus menționat, începând cu data de \_\_\_\_\_.

Motivul prezentei solicitări de anulare este \_\_\_\_\_

Prezenta solicitare constituie act public și răspund, potrivit legii penale, pentru inexactitatea sau caracterul incomplet al datelor menționate.

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT**  
**PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_  
declar prin prezenta, că sunt de acord ca Direcția de Sănătate Publică Bihor să fie autorizată prin structurile sale, să proceseze datele mele cu caracter personal în cadrul procedurii de anulare a Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a cabinetului medical mai sus menționat, în calitate de autoritate de specialitate, respectând prevederile Regulamentului (UE)679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) pus în aplicare prin Legea nr.190/2018. Datele sunt cele prevăzute de legislația în vigoare.

Oradea, în data de \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_