

Anexa 1 la Regulamentul de implementare a proiectului „FIV 3 – O șansă pentru cuplurile infertile”

CERERE DE INCLUDERE ÎN PROIECTUL „FIV3 - O ȘANSĂ PENTRU CUPLURILE INFERTILE”

Subsemnata _____, cetățean _____,
CNP _____, identificat cu BI/CI serie _____ nr _____, eliberat la data
de _____, **Domiciliul stabil** _____

email _____ telefon _____.

Reședința (dacă este cazul) _____

Valabilitate de la _____ până la data de _____.

Subsemnatul* _____, cetățean _____,
CNP _____, identificat cu BI/CI serie _____ nr _____, eliberat la data
de _____, **Domiciliul stabil** _____

email _____ telefon _____.

Reședința (dacă este cazul) _____

Valabilitate de la _____ până la data de _____.

** În cazul solicitantului **cuplu infertil, căsătorit/necăsătorit**, cererea de înscriere va fi competată și semnată de ambii parteneri. În cazul solicitantului **femeie singură infertilă**, cererea va fi completată și semnată numai de către aceasta.*

Solicit/solicităm includerea în PROIECTUL „FIV3 - O șansă pentru cuplurile infertile”, desfășurat conform REGULAMENTULUI PRIVIND IMPLEMENTAREA PROIECTULUI.

Menționez/Menționez că îndeplinesc/îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

- ☐ sunt/suntem domiciliată/domiciliați în București sau dețin/deținem viza de reședință obținută cu cel puțin 6 luni înainte de data aplicării în proiect, cel puțin unul dintre membrii cuplului;
- ☐ sunt/suntem cetățean/cetățeni român/români, cel puțin unul dintre membrii cuplului;
- ☐ am vârsta cuprinsă între 20 și 45 de ani la data aplicării în proiect (pentru femeia solicitantă);
- ☐ nu am mai beneficiat/nu beneficiaz/nu beneficiem, de un sprijin financiar aferent unui alt program cu același scop, derulat în perioada de implementare a proiectului, finanțat din fonduri publice, la nivel local sau central de către alte autorități/instituții publice;
- ☐ dețin/deținem indicație pentru realizarea procedurii de fertilizare in vitro de la medicul cu specialitatea obstetrică-ginecologie și competență în tratamentul infertilității cuplului și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare afiliate pentru care optez/optăm la înscrierea în proiect;
- ☐ sunt/suntem asigurată/asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România;
- ☐ mă angajez că voi efectua procedurile medicale de specialitate într-o unitate sanitară afiliată proiectului.

Atașez/atașăm în cadrul aplicației online actele doveditoare celor declarate anterior, conform Art 7 pct. 7.1 și 7.2 din Regulamentul privind implementarea proiectului.

Declar/declarăm 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:

Direcția Management Proiecte

- ✓ 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, iar în caz de reușită a procedurilor de fertilizare *in vitro*, și pe cele ale nou-născutului/ei, pe care le furnizăm și pe care instituția, mai sus numită, le furnizează, la rândul său, terților, în scopul aducerii la îndeplinire a Proiectului.
- ✓ Îmi exprim în mod expres consimțământul ca A.S.S.M.B, farmaciile partenere și/sau unitățile sanitare partenere proiectului „*FIV3 - O șansă pentru cuplurile infertile*” să prelucreze datele mele cu caracter personal, care sunt oferite de către mine, în legătură cu includerea mea în proiectul anterior menționat, precum și să colecteze și să prelucreze datele mele pe durata derulării procedurilor medicale și să instituie măsuri corespunzătoare specifice pentru prelucrarea datelor în mod legal, echitabil și transparent în scopurile determinate, explicate și legitime.
- ✓ Datele cu caracter personal vor fi utilizate, în vederea executării contractelor de către A.S.S.M.B în cadrul proiectului „*FIV3 - O șansă pentru cuplurile infertile*”, implicit în vederea decontării acestora către farmaciile partenere și/sau unitățile sanitare partenere. Astfel, ne exprimăm acordul ca A.S.S.M.B, farmaciile și/sau prestatorul de servicii medicale să stocheze și să prelucreze rezultatele procedurii pentru care aplic în cadrul proiectului, pentru perioada derulării Proiectului, precum și după finalizarea acestuia, în condițiile legii.
- ✓ Înțeleg că furnizarea datelor mele personale, în condiții legale, este necesară derulării Proiectului, și că în lipsa acestora, A.S.S.M.B nu poate derula operațiunile specifice activității sale.
- ✓ Am luat la cunoștință că retragerea acordului privind prelucrarea datelor cu caracter personal va avea drept efect, imposibilitatea de ducere la îndeplinire a drepturilor și obligațiilor A.S.S.M.B., în ceea ce ne privește, pe perioada de derulare a Proiectului și implicit, încetarea relațiilor generate de contractul încheiat cu A.S.S.M.B., cu toate consecințele ce pot deriva dintr-o astfel de încetare, fără ca A.S.S.M.B. să poată fi tras la răspundere dacă o astfel de încetare este cauzată de retragerea prezentului acord privind prelucrarea datelor noastre cu caracter personal.
- ✓ Conform Regulamentului (UE) 2016/679 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, beneficiaz de următoarele drepturi:
 - de acces la prelucrarea datelor cu caracter personal care mă privesc;
 - de a obține din partea operatorului informații cu privire la scopurile prelucrării;
 - de a fi informat cu privire la destinatarii sau categoriile de destinatari cărora datele cu caracter personal le-au fost sau urmează să le fie divulgate;
 - de a fi informat cu privire la perioada pentru care se preconizează că vor fi stocate sau criteriile utilizate pentru a stabili această perioadă;
 - la informații disponibile privind sursa datelor cu caracter personal când acestea nu sunt colectate de la persoana vizată;
 - de a solicita rectificarea, completarea sau ștergerea datelor cu caracter personal, ori restricționarea prelucrării datelor cu caracter personal sau dreptul de a mă opune prelucrării (printr-o cerere scrisă, datată, semnată, depusă în format letric la sediul A.S.S.M.B sau prin intermediul corespondenței electronice);
 - de a depune o plângere în fața Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.
- ✓ Declar/declarăm că am fost informată/informați cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal cât și ale nou-născutului/ei, precum și cu privire la prevederile Regulamentului (UE) 2016/679, 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, precum și că mi s-au adus la cunoștință drepturile mele.

Direcția Management Proiecte

- ✓ Dacă datele cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări (schimbarea domiciliului, statutului civil etc.), mă oblig, prin semnarea prezentului acord, să informez, în scris, ASSMB, în timp util.
- ✓ Am citit și sunt/suntem de acord cu termenii și condițiile Regulamentului privind implementarea proiectului „FIV3 – O șansă pentru cuplurile infertile”;
- ✓ Sunt/suntem de acord și îmi asum/ne asumăm plata cheltuielilor aferente tratamentului prescris și/sau al procedurilor medicale prescrise de către medicul cu specialitatea obstetrică-ginecologie și competență în tratamentul infertilității cuplului și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare afiliate, care depășesc valoarea sprijinului financiar acordat prin proiect;
- ✓ Sunt/suntem de acord și îmi asum/ne asumăm efectuarea procedurilor medicale de specialitate recomandate într-o unitate sanitară, publică sau privată, afiliată proiectului, acreditată să desfășoare acest tip de activitate;
- ✓ Sunt/suntem de acord și îmi asum/ne asumăm termenul de maximum 10 (zece) zile calendaristice de la data comunicării prin e-mail a aprobării dosarului, pentru prezentarea la sediul A.S.S.M.B. din Bd. Ion Mihalache nr. 11–13, Sector 1, București, în vederea semnării Contractului de acordare a sprijinului financiar și a ridicării Deciziei de aprobare în original; neprezentarea în termenul prevăzut atrage pierderea dreptului de a beneficia de sprijinul financiar acordat prin proiect;
- ✓ Sunt/suntem de acord și îmi asum/ne asumăm termenul de maximum de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice de la data primirii deciziei de aprobare, pentru prezentarea în vederea efectuării tratamentului medicamentos și a serviciilor medicale de care beneficiază în cadrul proiectului;
- ✓ Ne obligăm să punem la dispoziția A.S.S.M.B. în termen de maximum 30 (treizeci) de zile de la naștere, copia certificatului de naștere a nou-născutului/ei, informație care este preluată de ASSMB în scop statistic, cu respectarea reglementărilor privind protecția datelor cu caracter personal ce reies din certificat;
- ✓ Declar că am fost informat/ă și **sunt/nu sunt** de acord ca fotografiile și/sau înregistrările audio/video, realizate în calitate de beneficiar al proiectului, urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie și/sau electronică) și să fie utilizate de către A.S.S.M.B. în materiale de promovare a Proiectului și/sau presa scrisă/TV și de asemenea, să fie publicate pe pagina “Facebook” a A.S.S.M.B. sau pe pagina dedicată Proiectului ” FIV3 – O șansă pentru cuplurile infertile” pe site-ul A.S.S.M.B.;
- ✓ **Sunt/nu sunt** de acord să primesc pe adresa de e-mail noutăți despre campaniile și proiectele derulate de Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București și despre serviciile în domeniul sănătății dedicate bucureștenilor.

Nume și prenume **solicitant femeie cuplu infertil/femeie singură infertilă:**

Semnătură _____

Nume și prenume **solicitant bărbat cuplu infertil:**

Semnătură _____

Data: ____/____/____