

CENS DE CONSULTES MÈDIQUES DEL COMB

DECLARACIÓ RESPONSABLE

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

Col·legiat Núm. _____

I.- Declara que du a terme activitat de visita mèdica sense internament ni sedacions en el lloc i condicions que tot seguit es detallen:

Carrer/plaça _____ Núm _____

Població _____ C.P. _____ Província _____

Telèfon _____ FAX _____ E-mail _____

Especialitats que s'atenen (indiqueu-les)

.....
.....

Altres professionals sanitaris de suport SI NO

La superfície del local és de: Més de 100 m2 Igual o menys de 100 m2

II.- Al mateix temps, declara que l'exercici de la seva activitat es fa complint de les següents condicions i garanties:

Confecció i manteniment d'història clínica SI NO

Declaració fitxers a la Agència de Protecció de Dades SI NO

Assegurança responsabilitat civil professional COMB Altres

Recollida de residus sanitaris SI No No és necessari atesa la meva activitat

Signatura.....

Data: dede 2018.

Aquesta declaració no és substitutiva del règim d'autoritzacions del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Aquesta declaració comporta que dono el meu consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel Col·legi Oficial de Metges de Barcelona amb la finalitat de inscriure's en el cens de consultes mèdiques així com per informar-vos sobre els tràmits per a l'obtenció de les autoritzacions administratives de les consultes mèdiques i les obligacions legals inherents a l'activitat.

Les dades es conservaran fins a la seva baixa en el cens de consultes mèdiques.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, per correu postal o per e-mail dpo@comb.cat . Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.