



Ministerul Transporturilor
SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI
Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239
Tel.: 0232/216422, 0232/217742, 0232/218012, 0232/218023
Secretariat Tel./Fax: 0232/264013
E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro



ACORDUL PACIENTULUI PRIVIND FILMAREA/FOTOGRAFIEREA ÎN INCINTA UNITĂȚII SANITARE

Scopul filmării/fotografierii:

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

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele pacientului), CNP , îmi exprim
acordul de a fi filmat/fotografiat în incinta unității medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale,
aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Data ____/____/____
(semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere)

Subsemnatul, _____
medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat/fotografiat în incinta unității
medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

Data ____/____/____
(semnătura medicului care îngrijește pacientul)