

Angajament privind calitatea de asigurat - VOSEVI

Subsemnatul/a.....,

CNP/CID:

Domiciliat în str., nr., bl., sc., et., ap.sector.....,
localitatea....., județul....., telefon.....,

având diagnosticul

mă angajez ca pe toată perioada desăptămâni, cât trebuie să urmez tratamentul recomandat
de medicul curant cu

SOFOSBUVIRUM+VELPATASVIRUM+VOXILAPREVIRUM

să îmi păstrez calitatea de asigurat.

În situația în care nu mai am calitatea de asigurat și nici nu mă încadrez în categoriile de persoane care beneficiază de asigurare, fără plata contribuției (conform prevederilor art. 224 din *Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, republicată, cu modificările și completările ulterioare), **mă angajez să plătesc contribuția la asigurările sociale de sănătate în condițiile Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare**, pe toată perioada în care beneficiaz de tratamentul antiviral.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu prevederile *Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului Uniunii Europene 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)* și cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

DATA

SEMNĂTURĂ PACIENT