



Instituția: **DR BOTA DENTPRAX S.R.L**

☎ **0787606595**

✉ **drbotadentprax@gmail.com**

🏠 **Str. PĂINII Nr. 14 , Târgu Mureş, Mureş, România**

CIF**46899216**

Reg.Com.**J26 /1816 /2022**

Nume pacient:

Cod pacient: **5961**



🏠 **Mureş, România**

CNP:

Vârsta: Sex: -

Nr. act de identitate:

Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare

I. Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare

a. Detalii

Subsemnatul, (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal , 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.

Subsemnatul, Dr Bota Zsolt (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.

b. Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere

c. Semnătura medicului care îngrijește pacientul

d. Data

2024-11-25, 23:54

Data

Semnătură și parafa

25.11.2024

Dr Bota Zsolt