



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



Anexa 1

## CERERE DE PRIMIRE ÎN AUDIENȚĂ

*Domnule Manager,*

Subsemnatul/Subsemnata....., cu domiciliul/reședința în ....., str....., nr....., bl....., sc....., ap....., județ....., telefon....., solicit acordarea unei audiențe la **Managerul Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești.**

Angajat al *Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești*:      **DA** ☐ **NU** ☐

**\*Secția:** ..... **\*Funcția:** .....

**\*Se completeaza doar de angajații Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești**

Motivele solicitării in audiență sunt următoarele **(se completeaza obligatoriu)**:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

În sprijinul celor afirmate depun în copie următoarele acte:

.....

.....

.....



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



Mijloacele de comunicare prin intermediul cărora doresc să fiu informat cu privire la aprobarea / rezoluția solicitării mele sunt:

Fax: ..... Email: ..... Tel: .....

*În conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 2016/679 al 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), cu modificările ulterioare, prin prezenta îmi declar consimțământul cu privire la utilizarea, prelucrarea și stocarea datelor mele personale furnizate pe această cale și prin intermediul documentației depuse potrivit prevederilor legale și declar că am cunoștință de drepturile care îmi sunt conferite de aceste prevederi legale.*

Data .....

Semnătura .....

#### REZOLUȚIE Manager

| SE APROBĂ          | NU SE APROBĂ          |
|--------------------|-----------------------|
| Persoana desemnată | Motivele respingerii: |
| Data audienței     |                       |
| Ora audienței      |                       |
| Locul audienței    |                       |
| Semnătură          | Semnătură             |



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



*Anexa 1.1*

## CERERE DE PRIMIRE ÎN AUDIENȚĂ

*Domnule Director Financiar Contabil,*

Subsemnatul/Subsemnata....., cu domiciliul/reședința în ....., str....., nr....., bl....., sc....., ap....., județ....., telefon....., solicit acordarea unei audiențe la **Director Financiar Contabil al Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești.**

Angajat al **Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești:**      **DA** ☐ **NU** ☐

**\*Secția:** ..... **\*Funcția:** .....

**\*Se completeaza doar de angajații Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești**

Motivele solicitării in audiență sunt următoarele (se completeaza obligatoriu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

În sprijinul celor afirmate depun în copie următoarele acte:

.....

.....

.....



**Spitalul Județean de Urgență**  
**Dr. Constantin Andreoiu Ploiești**  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



Mijloacele de comunicare prin intermediul cărora doresc să fiu informat cu privire la aprobarea / rezoluția solicitării mele sunt:

Fax: ..... Email: ..... Tel: .....

*În conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 2016/679 al 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), cu modificările ulterioare, prin prezenta îmi declar consimțământul cu privire la utilizarea, prelucrarea și stocarea datelor mele personale furnizate pe această cale și prin intermediul documentației depuse potrivit prevederilor legale și declar că am cunoștință de drepturile care îmi sunt conferite de aceste prevederi legale.*

*Data .....*

*Semnătura .....*

#### **REZOLUȚIE Director Financiar Contabil**

| <b>SE APROBĂ</b>          | <b>NU SE APROBĂ</b>          |
|---------------------------|------------------------------|
| <b>Persoana desemnată</b> | <b>Motivele respingerii:</b> |
| <b>Data audienței</b>     |                              |
| <b>Ora audienței</b>      |                              |
| <b>Locul audienței</b>    |                              |
| <b>Semnătură</b>          | <b>Semnătură</b>             |



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



*Anexa 1.2.*

## CERERE DE PRIMIRE ÎN AUDIENȚĂ

*Domnule Director Medical,*

Subsemnatul/Subsemnata....., cu domiciliul/reședința în ....., str....., nr....., bl....., sc....., ap....., județ....., telefon....., solicit acordarea unei audiențe la **Directorul Medical al Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești.**

Angajat al **Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești:**      **DA** ☐ **NU** ☐

**\*Secția:** ..... **\*Funcția:** .....

**\*Se completeaza doar de angajații Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești**

Motivele solicitării in audiență sunt următoarele (se completeaza obligatoriu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

În sprijinul celor afirmate depun în copie următoarele acte:

.....

.....

.....



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



Mijloacele de comunicare prin intermediul cărora doresc să fiu informat cu privire la aprobarea / rezoluția solicitării mele sunt:

Fax: ..... Email: ..... Tel: .....

*În conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 2016/679 al 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), cu modificările ulterioare, prin prezenta îmi declar consimțământul cu privire la utilizarea, prelucrarea și stocarea datelor mele personale furnizate pe această cale și prin intermediul documentației depuse potrivit prevederilor legale și declar că am cunoștință de drepturile care îmi sunt conferite de aceste prevederi legale.*

Data .....

Semnătura .....

#### REZOLUȚIE Director Medical

| SE APROBĂ          | NU SE APROBĂ          |
|--------------------|-----------------------|
| Persoana desemnată | Motivele respingerii: |
| Data audienței     |                       |
| Ora audienței      |                       |
| Locul audienței    |                       |
| Semnătură          | Semnătură             |



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



Anexa 1.3.

## CERERE DE PRIMIRE ÎN AUDIENȚĂ

*Domnule Director de Ingrijiri medicale,*

Subsemnatul/Subsemnata....., cu domiciliul/reședința în ....., str....., nr....., bl....., sc....., ap....., județ....., telefon....., solicit acordarea unei audiențe la **Directorul de Ingrijiri medicale al Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești.**

Angajat al **Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești:** DA ☐ NU ☐

\*Secția: ..... \*Funcția: .....

*\*Se completeaza doar de angajații Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești*

Motivele solicitării in audiență sunt următoarele (se completeaza obligatoriu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

În sprijinul celor afirmate depun în copie următoarele acte:

.....

.....

.....



**Spitalul Județean de Urgență**  
**Dr. Constantin Andreoiu Ploiești**  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



Mijloacele de comunicare prin intermediul cărora doresc să fiu informat cu privire la aprobarea / rezoluția solicitării mele sunt:

Fax: ..... Email: ..... Tel: .....

*În conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 2016/679 al 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), cu modificările ulterioare, prin prezenta îmi declar consimțământul cu privire la utilizarea, prelucrarea și stocarea datelor mele personale furnizate pe această cale și prin intermediul documentației depuse potrivit prevederilor legale și declar că am cunoștință de drepturile care îmi sunt conferite de aceste prevederi legale.*

Data .....

Semnătura .....

**REZOLUȚIE Director de Ingrijiri medicale**

| SE APROBĂ          | NU SE APROBĂ          |
|--------------------|-----------------------|
| Persoana desemnată | Motivele respingerii: |
| Data audienței     |                       |
| Ora audienței      |                       |
| Locul audienței    |                       |
| Semnătură          | Semnătură             |



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



*Anexa 1.4.*

## CERERE DE PRIMIRE ÎN AUDIENȚĂ

*Catre SEF R.U.N.O.S.,*

Subsemnatul/Subsemnata....., cu  
domiciliul/reședința în ....., str....., nr.....,  
bl....., sc....., ap....., județ....., telefon....., solicit  
acordarea unei audiențe la Sef Serviciul R.U.N.O.S. al Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin  
Andreoiu Ploiești.

Angajat al Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești: DA ☐ NU ☐

\*Secția: ..... \*Funcția: .....

*\*Se completeaza doar de angajații Spitalului Județean de Urgență Dr. Constantin Andreoiu Ploiești*

Motivele solicitării in audiență sunt următoarele (se completeaza obligatoriu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

În sprijinul celor afirmate depun în copie următoarele acte:

.....

.....

.....



Spitalul Județean de Urgență  
Dr. Constantin Andreoiu Ploiești  
Str. Găgeni nr. 100  
Tel: +40244537711, Fax: +40244530678  
E-mail: [secretariat@sjup.ro](mailto:secretariat@sjup.ro)  
Website: [www.sjup.ro](http://www.sjup.ro)



Mijloacele de comunicare prin intermediul cărora doresc să fiu informat cu privire la aprobarea / rezoluția solicitării mele sunt:

Fax: ..... Email: ..... Tel: .....

*În conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 2016/679 al 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), cu modificările ulterioare, prin prezenta îmi declar consimțământul cu privire la utilizarea, prelucrarea și stocarea datelor mele personale furnizate pe această cale și prin intermediul documentației depuse potrivit prevederilor legale și declar că am cunoștință de drepturile care îmi sunt conferite de aceste prevederi legale.*

Data .....

Semnătura .....

#### REZOLUȚIE Sef Serviciul R.U.N.O.S.

| SE APROBĂ          | NU SE APROBĂ          |
|--------------------|-----------------------|
| Persoana desemnată | Motivele respingerii: |
| Data audienței     |                       |
| Ora audienței      |                       |
| Locul audienței    |                       |
| Semnătură          | Semnătură             |