



Стоматолошка комора Србије

Назив огранка _____

Дел.број: _____

Датум: _____

ПРИСТАНАК ЗА ОБРАДУ ПОДАТАКА ЛИЧНОСТИ

Дајем пристанак да Стоматолошка комора Србије има право да моје податке који се односе на адресу, бројеве телефона, е-маил адресе и остале податке за успостављање контакта, користи ради достављања обавештења о својим активностима, и услугама, у виду летака, проспеката, електронских порука као и свих других средстава пословне комуникације и пословне презентације.

Упознат-а сам са правом опозива и начином да у сваком тренутку, писаним путем, могу опозвати свој изричити пристанак и да опозив пристанка не утиче на допуштеност обраде пре опозива. У случају да подносилац захтева, у писаној форми, опозове пристанак за обраду података о личности, Стоматолошка комора Србије ће брисати ове податке у року прописаном Законом о заштити података о личности.

Изјављујем да ћу о свакој промени мојих личних података благовремено, а најкасније у року од 30 дана од настанка промене обавестити Комору достављајући одговарајући ОП-16 образац и потребну документацију којом доказујем насталу промену.

Изјављујем да сам обавештен-а, у потпуности информисан-а и сагласан-а о сврси и начину обраде мојих података о личности, како је горе наведено.

Датум: _____

Име и презиме: _____

Службено лице: _____

Потпис: _____