

СОГЛАСНОСТ

за користење и обработка на лични податоци

Јас _____

(име и презиме)

од _____, ул. _____ бр. _____ со ЕМБГ _____,

се согласувам и давам одобрение Лекарска комора на Република Северна Македонија да ги користи и обработува моите лични податоци (тел.број, адреса, e-mail и податоците поврзани со завршено образование и личните примања), вклучително и единствениот матичен број, само доколку за нивна обработка постои основана потреба, согласно законските и други обврзувачки прописи на Република Северна Македонија.

Го задржувам правото во секое време повлекувањето на согласноста да го дадам писмено или во која било друга форма. Оваа изјава ја давам доброволно.

Своерачен потпис _____