



Стоматолошка комора Србије

Назив огранака _____

Дел.број: _____

Датум _____

ИЗЈАВА ЗА ОБРАДУ ПОДАТАКА ЛИЧНОСТИ

У складу са Законом о заштити података о личности, обавештава се подносилац захтева, да ће у циљу извршавања законских овлашћења, Стоматолошка комора Србије (у даљем тексту Комора) обрађивати личне податке подносиоца захтева (име и презиме, датум рођења, ЈМБГ, адреса, контакт телефон, е-маил адреса, као и све друге личне податке којима Комора располаже). Подаци ће се обрађивати на начин који Комора сматра неопходним и/или целисходним, у сврху реализације законских овлашћења и извршавања законских обавеза по управним пословима са подносиоцем захтева. Поред Коморе, могући корисници личних података подносиоца захтева су органи и лица којима Комора по закону дужна да достави одговарајуће податке или са којима је закључила уговор о заштити поверљивости таквих података. Лични подаци се прибављају и обрађују уз пристанак подносиоца захтева (који се документује потписивањем овог захтева од стране подносиоца), односно по основу обавеза прописаних посебним законом. У случају да подносилац захтева, у писменој форми, опозове пристанак за обраду личних података, Комора ће брисати ове податке у року од 15 дана од дана повлачења пристанка, осим уколико је другачије прописано .

Дајем сагласност да Комора има право да сви подаци о мени којима Комора располаже, буду по потреби, доступни како Комори тако и трећим лицима са којима Комора има уговор којима се регулише поступање са поверљивим подацима. Дајем сагласност да Комора има право да моје податке који се односе на адресу, бројеве телефона, е-маил адресе и остале податке за успостављање контакта, а које сам презентовао/ла Комори приликом потписивања овог захтева 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.

Подносилац захтева

Име и презиме _____

Датум: _____

Потпис _____