

**DOM ZDRAVLJA KARLOVAC**

**KARLOVAC, Dr. Vladka Mačeka 48**

**Tel: 047/411-277**

**0IB: 81499488050**

**e-mail: dz-karlovac@ka.t-com.hr**

**P R I V O L A**

Ime i prezime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj telefona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voditelj obrade osobnih podataka: Dom zdravlja Karlovac

Suglasan sam da Dom zdravlja Karlovac obrađuje podatke koje sam naveo/la sa svrhom dostave rezultata testiranja SARS-COV-2 na gore navedeni mail te sam upoznat/a sa Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka (GDPR). vlastoručni potpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vlastoručni potpis