**ИЗЈАВА ЗА СОГЛАСНОСТ ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ**

**Име И Презиме : ЕМБГ:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Електронска пошта (E-mail): Телефонски број:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адреса на живеење:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**За цели на електронско известување**

Изјавувам дека **се согласувам** ПЗУ МЕДИКА Скопје да ги обработува моите лични податоци, и тоа: име и презиме, ЕМБГ, електонска пошта (е-маил), адреса на живеење и телефонски број, за цели на електронско известување и достава на резултати од лабораториски испитувања, стоматолошки прегледи, гинеколошки прегледи и биолошко лабораториска анализа како и друга документација и резултати, на е-маил адреса која доброволно ќе ја доставам.

* [ ] Се согласувам
* [ ] Не се согласувам

Оваа изјава за согласност можете да ја повлечете во секое време на следната електронска адреса:

[pravnasluzba@neuromedica.com.mk](file:///C%3A%5CUsers%5CAntonio%5CDownloads%5Cpravnasluzba%40neuromedica.com.mk) или по пошта до ПЗУ МЕДИКА Скопје, со адреса Јордан Мијалков бр.62 Скопје - Центар

Повлекувањето на согласноста за обработка на Вашите лични податоци за цели на електронско известување, не влијае на законитоста на обработката на Вашите лични податоци, заснована на дадена согласност пред нејзиното повлекување.

**За цели на директен маркетинг**

Изјавувам дека се согласувам ПЗУ МЕДИКА Скопје да ги обработува моите лични податоци, и тоа: име и презиме, електонска пошта (е-маил), адреса на живеење и телефонски број, за цели на директен маркетинг, како што е испраќање на новости и месечен newsletter.

* [ ] Се согласувам
* [ ] Не се согласувам

Оваа изјава за согласност можете да ја повлечете во секое време на следната електронска адреса:

[pravnasluzba@neuromedica.com.mk](file:///C%3A%5CUsers%5CAntonio%5CDownloads%5Cpravnasluzba%40neuromedica.com.mk) или по пошта до ПЗУ МЕДИКА Скопје, со адреса Јордан Мијалков бр.62 Скопје - Центар

Повлекувањето на согласноста за обработка на Вашите лични податоци за цели на електронско известување, не влијае на законитоста на обработката на Вашите лични податоци, заснована на дадена согласност пред нејзиното повлекување.

**За цели на анкети за задоволство**

Изјавувам дека се согласувам ПЗУ МЕДИКА Скопје да ги обработува моите лични податоци, и тоа: име и презиме, електонска пошта (е-маил) и телефонски број, и мислење за услугите на Неуромедика Хоспитал за цели на анкети за задоволство.

* [ ] Се согласувам
* [ ] Не се согласувам

Оваа изјава за согласност можете да ја повлечете во секое време на следната електронска адреса:

[pravnasluzba@neuromedica.com.mk](file:///C%3A%5CUsers%5CAntonio%5CDownloads%5Cpravnasluzba%40neuromedica.com.mk) или по пошта до ПЗУ МЕДИКА Скопје, со адреса Јордан Мијалков бр.62 Скопје - Центар

Повлекувањето на согласноста за обработка на Вашите лични податоци за цели на електронско известување, не влијае на законитоста на обработката на Вашите лични податоци, заснована на дадена согласност пред нејзиното повлекување.