**Барање на повлекување на согласност за користење на личните податоци**

Согласно чл.13а од Закон за заштита на личните податоци ја повлекувам согласноста за користење на моите лични податоци дадена на ПЗУ НЕУРОМЕДИКА Скопје.

Тип на согласност (да се одбере): Директен маркетинг/електронско известување

Име и Презиме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум на раѓање \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЕМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса на живеење \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум на повлекување на согласноста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефонски број\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е-маил\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПЗУ НЕУРОМЕДИКА Скопје ќе ги преземе сите потребни активности со цел да одговори на барањето на субјектот во рок од 15 дена од приемот на барањето, односно, од добивањето на дополнителните информации доколку првично поднесеното барање е нејасно или некомплетно.

\*Полињата означени со \* се незадолжителни, а се ставени со цел полесна комуникација со барателот ако има несогласување на податоците.

**Потпис**

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