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

Согласно чл.11 од Закон за заштита на личните податоци ја повлекувам согласноста за користење на моите лични податоци дадена на ПЗУ НЕУРОМЕДИКА ХОСПИТАЛ Скопје.

Тип на согласност (да се одбере):

[ ]  **Директен маркетинг**

[ ] **Електронско известување**

[ ] **Давање на податоци за анкети за задоволство**

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

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

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

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

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

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

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

ПЗУ НЕУРОМЕДИКА Хоспитал 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**

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