

PRIVOLA (DOPUŠTENJE) ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Temeljem odredbi Opće uredbe o zaštiti podataka EU 2016/679 (GDPR¹) te politike privatnosti osobnih podataka društva Lentismed d.o.o., OIB: 28266513679:

JA

Ime i prezime

iz _____
adresa

DAJEM SUGLASNOST DRUŠTVU LENTISMED D.O.O. DA OBRADUJE MOJE OSOBNE PODATKE NAVEDENE U OVOM OBRASCU PRIVOLE U SVRHE ZA KOJE SU TI PODACI PRIKUPLJENI.

- Upoznat/a sam s činjenicom da se moji osobni podaci smiju obrađivati isključivo u svrhe unaprijed propisane GDPR-om te da imam pravo odlučiti kome ću dati privolu za takvu obradu.
- Upoznat/a sam s činjenicom da ovu privolu mogu uskratiti te da zbog te odluke za mene ne smiju nastati nikakve štetne posljedice.
- Upoznat/a sam s činjenicom da bez nekih osobnih podataka Lentismed d.o.o. neće moći pružati određene usluge te stoga osobne podatke dajem dobrovoljno.
- Upoznat/a sam s činjenicom da ovu privolu mogu povući u svakom trenutku.
- Razumijem da povlačenje ove privole neće utjecati na zakonitost obrade mojih osobnih podataka koja je provedena dok je privola bila važeća.
- Upoznat/a sam s činjenicom da u svrhu zaštite svojih prava mogu kontaktirati Službenika za zaštitu osobnih podataka u Lentismed d.o.o., g. Domagoja Mihatovića (dmihatovic@lentismed.com), telefon +385 1 558 4259, mobitel +385 99 322 7638.
- Ovu privolu dajem isključivo za kategorije osobnih podataka i u svrhe koje su navedene u ovom obrascu.
- Upoznat/a sam s činjenicom da je ova privola potrebna za obradu mojih osobnih podataka u svrhe koje su vezane uz moju zdravstvenu zaštitu.
- Ako ovu privolu daje moj zastupnik ili punomoćnik, valjana punomoć mora biti priložena ovom obrascu.

¹ Engleski General Data Protection Regulation (GDPR) – Uredba EU 2016/679

FORMA PRIVOLE Lentismed d.o.o.

Podaci za obradu za koje dajem privolu	
Ime i prezime	
Adresa	
Telefon	
MBO	
Tip rane	
Korištena obloga	

Prikupljeni podaci obrađuju se radi unosa u evidencijski sustav tvrtke Lentismed d.o.o., što je neophodno za uspješno pružanje određenih usluga tvrtke. Kategorije prikupljenih podataka su: Ime i prezime, Adresa, Telefon, MBO, Tip rane, Korištena obloga.

Ispitanik ima pravo pristupa svojim osobnim podacima te pravo zatražiti ispravak, brisanje ili ograničavanje njihove obrade, uložiti prigovor na njihovu obradu i ostvariti pravo na prenosivost podataka.

Potvrđujem da sam upoznat/a sa svim svojim pravima navedenima u ovom obrascu privole i da sam sam označio/la koji se moji osobni podaci mogu obrađivati. Slažem se sa svrhom obrade podataka te dajem privolu tvrtki Lentismed d.o.o. da navedene podatke obrađuje. Ovu privolu potvrđujem svojim potpisom:

(mjesto i datum)

(Potpis)