**P R I STANAK**

Ja,

IME i PREZIME:

ADRESA:

OIB:

pristajem na prikupljanje i obradu mojih osobnih podataka od strane Hrvatskog liječničkog zbora- Hrvatskog društva za hitnu medicinu (HLZ-HDHM) u svrhu iskaza za dodjelu financijske potpore za stručno usavršavanje u inozemstvu.

Ukoliko moja prijava bude prihvaćena, te time ostvarim pravo na dodjelu financijskih sredstava, pristajem na objavu mojih osobnih podataka i to imena i prezimena, titule i naziva ustanove u kojoj sam zaposlen na mrežnim stranicama HLZ-HDHM.

Ovaj  pristanak dajem dobrovoljno te svojim potpisom potvrđujem kako sam upoznat da ga u bilo koje vrijeme mogu povući bez bilo kakvih negativnih posljedica.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_