

Упознат/а сам са Правилником о заштити података о личности Удружења за помоћ и подршку особама са цистичном фиброзом Србије и тим поводом дајем следећу:

ИЗЈАВУ

_____ (име и презиме), рођен/а
_____._____._____ године (дан, месец и година рођења) у
_____ (место рођења) сагласан/а сам да Удружење за
помоћ и подршку особама са цистичном фиброзом Србије може да обрађује, односно
прикупља, бележи и разврстава моје податке о личности у складу са Правилником и
важећим законима и прописима.

.....

(место и датум)

(потпис даваоца изјаве)