

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) сагласан/а сам да
Удружењу за помоћ и подршку особама са цистичном фиброзом Србије дам податке о
мом детету које Удружење може да обрађује, односно прикупља, бележи и разврстава у
складу са Правилником и важећим законима и прописима.

.....

(место и датум)

(потпис даваоца изјаве)