

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO KARLOVAČKE ŽUPANIJE	NAZIV: SUGLASNOST ZA SKLAPANJE UGOVORA	OZNAKA: OBR-7.1/2
		IZDANJE: 07
SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU EKOLOGIJU		STRANICA: 1/2

Suglasnost za sklapanje Ugovora

KUPAC (PUNI NAZIV)	
ADRESA	
OBJEKAT ZA KOJI SE TRAŽI ISPITIVANJE: ADRESA OBJEKTA:	
UČESTALOST ISPITIVANJA (mjesečno, godišnje,....)	
BROJ UZORAKA	
OIB	
BROJ ŽIRO RAČUNA, IBAN NAZIV BANKE	
ODGOVORNA OSOBA ZA POTPISIVANJE UGOVORA (IME I PREZIME, FUNKCIJA)	
KONTAKT OSOBA - KOORDINATOR (IME I PREZIME, TELEFON, E-MAIL)	_____ _____
SUGLASNI SA METODAMA ISPITIVANJA KOJE KORISTI IZVRŠITELJ USLUGE (molim zaokružiti)	DA - NE

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO KARLOVAČKE ŽUPANIJE	NAZIV:	OZNAKA: OBR-7.1/2
	SUGLASNOST ZA SKLAPANJE UGOVORA	IZDANJE: 07
SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU EKOLOGIJU		STRANICA: 2/2

OBRADA OSOBNIH PODATAKA

Svojim potpisom dajem svoju izričitu suglasnost i privolu da Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije, Karlovac, dr. Vladka Mačeka 48, OIB 89666864899 prikuplja, obrađuje, koristi i analizira podatke koji se odnose na mene, uključujući i moje osobne podatke.

Ovime dajem izričitu privolu Zavodu za javno zdravstvo Karlovačke županije za poduzimanje radnji vezano za obradu mojih osobnih podataka u skladu s propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka, u svrhu obavljanja usluga iz djelatnosti Zavoda za javno zdravstvo Karlovačke županije prema gore navedenom zahtjevu.

Privola se izričito odnosi na podatke koje sam dala/dao u svrhu izvršenja usluga prema gore navedenom zahtjevu.

Svojim potpisom potvrđujem da ovu suglasnost dajem dobrovoljno, te da sam prije davanja suglasnosti obaviještena/obaviješten o slijedećem:

- svrsi obrade kojoj su podaci namijenjeni
- da ovu suglasnost mogu u svakom trenutku opozvati te Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije nakon toga više neće obrađivati podatke u svrhu za koju je suglasnost bila dana,
- opoziv suglasnosti ne utječe na zakonitost obrade prije njezina opoziva.

Ova privola vrijedi do opoziva.

Za Kupca: _____

Mjesto i datum: _____