

SUGLASNOST ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Ovime dajem suglasnost ISTARSKIM LJEKARNAMA, 52100 Pula, Laginjina ulica 1, OIB: 68657585843 da prikuplja i obrađuje u svrhu izdavanja ljekovitih pripravaka izrađenih ex tempore, u svrhu izdavanja narkotika (osobna iskaznica), u svrhu izdavanja privatnih recepata (papirnih) i u svrhu slanja papirnih recepata na interventni uvoz, u svrhu izdavanja lijekova na dug (što je dužan pacijentu), u svrhu individualnih upita i narudžbi po osobi (pacijentu) moje slijedeće osobne podatke:

- Broj telefona
- Godina rođenja

Potpisom potvrđujete da ste upoznati s našom Izjavom o zaštiti osobnih podataka. Izjava je izrađena na temelju Opće uredbe Europske unije EU 2016/679 te detaljno opisuje naše postupanje s Vašim osobnim podacima. Pronađite je i na <http://www.istarske-ljekarne.hr/>

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Datum i mjesto: _____

Potpis: _____