



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

IZJAVA

o suglasnosti za dostavu i korištenje osobnih podataka (PRIVOLA)

kojom ja

(ime, prezime i OIB)

Potpisom ove Izjave dajem svoju izričitu suglasnosti da Zavod za hitnu medicinu Koprivničko-križevačka županije, OIB: 63076865469 sa sjedištem u Koprivnici, Trg dr. Tomislava Bardeka 10 (u daljnjem tekstu: Zavod), prikuplja, obrađuje, koristi i analizira podatke, vodi zbirku mojih osobnih podataka uključujući i osobne podatke članova moje obitelji radi ostvarivanja svrhe rada Zavoda, a to je pružanje zdravstvene skrbi.

Sukladno navedenom, slobodnom voljom izražavam **izričitu suglasnost - privolu** za korištenje spomenutih osobnih podataka od strane Zavoda, osoba koje od strane istog imaju dozvolu za prikupljanje, obradu, korištenje i arhiviranje osobnih podataka. Također ovime dajem svoj pristanak da Zavod za hitnu medicinu Koprivničko-križevačka županije može moje osobne podatke vezane uz pružanje zdravstvene skrbi (liječenja), za svrhe koje su mi po potrebi usmeno predočene, dati na korištenje vanjskim suradnicima – HZZO-u, HZJZ-u, HZHM, nadležnom ministarstvu i svim drugim javnim i zdravstvenim ustanovama.

Mjesto i datum:

Potpis:

(čitko ispisan osobni potpis)