

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата.....  
ЕГН ..... Л.К. №..... издадена от .....  
на.....

### **ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм МБАЛ "СВЕТИ ПАНТАЛЕЙМОН" ООД - гр. Плевен да съхраняват и обработват личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с получаването на медицинска услуга съгласно: Закона за лечебните заведения, както и актовете по прилагането му.

Запознат/а съм с:

- целта и средствата на обработка на личните данни
- доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им
- правото на достъп и на коригиране на събраните данни
- името и длъжността на обработващия данните му служител

С настоящата декларирам съгласие за обработка на личните ми данни и предоставянето им на трети лица, ако е предвидено в нормативен акт, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

Дата:.....  
Гр. ....

ДЕКЛАРАТОР: .....