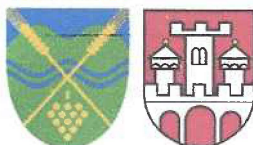


Občina Makole



Skupni organ ustanoviteljic Lekarne Slovenska Bistrica
Kolodvorska 10, 2310 Slovenska Bistrica

SOGLASJE KANDIDATA

Podpisani kandidat _____, izjavljam, da sem seznanjen in soglašam s predlogom za imenovanje člana – predstavnika pacientov v Svetu zavoda Lekarna Slovenska Bistrica.

Hkrati dovoljujem, da se zgoraj navedeni osebni podatki obdelujejo za namen izvedbe postopka imenovanja v skladu z določbami Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/07- uradno prečiščeno besedilo) in Uredbe (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov).

V _____, dne _____

Podpis kandidata:
