

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата
с телефонен номер: и e-mail

или чуждестранен гражданин на с телефонен номер
и e-mail

ДЕКЛАРИРАМ

Съгласен/а съм администраторът на лични данни: „Амбулатория за индивидуална практика за първична извънболнична дентална помощ – Д-р Давидова“ ЕООД да обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 и Закона за защита на личните данни, и предоставям доброволно личните си данни.

Запознат/а съм с информацията и правата си, включително (но не само) и с:

- Наименованието, седалището и адреса на администратора на лични данни;
- Доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им;
- Правото да оттегля по всяко време настоящото съгласие;
- Правото на достъп, на коригиране и на изтриване на събраните данни;
- Категории на личните данни, които ще се обработват, като съм уведомен/а, че тези данни са „чувствителни“.

Целта на обработването на личните данни:

1. Оформяне на кандидатура за обучение на специализанти посредством:
 - Предоставяне на лични данни от Удостоверение за актуално членство в Български зъболекарски съюз;
 - Предоставяне на лични данни от Диплома за придобита образователна степен;
 - Предоставяне на лични данни от Автобиография;
 - Предоставяне на лични данни от езикови сертификати, сертификати за компютърна грамотност или сертификати за преминати обучения;
2. Изпращане на напомнящи съобщения по телефон или и-мейл;
3. Във връзка с възникнал казус.

Средства на обработването на личните данни:

Електронни.

Дата:

ДЕКЛАРАТОР:

гр./с./

(подпис и фамилия)