

**Voditelj obrade:**

**BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i hrvatske branitelje**

**IZJAVA O PRIVOLI ZA OBJAVU OSOBNIH PODATAKA**

Ja, \_\_\_\_\_, iz \_\_\_\_\_,  
(ime i prezime davatelja izjave) (adresa davatelja izjave)

u svojstvu kandidata za člana Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata na području Brodsko-posavske županije (u daljnjem tekstu: Povjerenstvo) svojim potpisom dajem privolu voditelju obrade da može prikupljati i obrađivati moje osobne podatke kako slijedi:

1. Sve podatke navedene u prijavi, u svrhu obrazloženja prijedloga i objave na službenoj mrežnoj stranici Brodsko-posavske županije, ako budem predložen za člana Povjerenstva.
2. Podatke navedene u prijavi (ime i prezime, adresa, adresa elektroničke pošte, broj telefona i/ili mobitela, datum rođenja, obrazovanje) u svrhu dostave akta o imenovanju, vođenje evidencije o članovima i sazivanja sjednica Povjerenstva, ako budem imenovan članom Povjerenstva.

Poznato mi je da imam pravo ostvariti uvid u prikupljene osobne podatke te ukoliko je moguće, na ispravak netočnih podataka, brisanje i prijenos istih, kao i da imam pravo u bilo kojem trenutku povući svoju privolu za određenu svrhu obrade podnošenjem pisanog zahtjeva na e-poštu: povjerenstvo.pacijenti@bpz.hr te na adresu Brodsko-posavska županija, Upravni odjel za zdravstvo, socijalnu skrb i hrvatske branitelje, Petra Krešimira IV br.1, 35 000 Slavonski Brod.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 2024. godine

\_\_\_\_\_  
(vlastoručni potpis davatelja privole)