



POVLAČENJE PRIVOLE ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA ISPITANIKA

Ime											
Prezime											
OIB											
E-mail adresa											
Svrha											
Ostalo											

IZJAVLJUJEM

- Da ovim putem povlačim privolu Institutu za medicinska istraživanja i medicinu rada za prikupljanje mojih osobnih podataka u skladu sa Općom uredbom o zaštiti podataka i Zakonu o provedbi Opće uredbе o zaštiti podataka.

Mjesto i datum _____ Potpis _____

T +385 01 4682 502

E uprava@imi.hr

A Ksaverska cesta 2, 10 001 Zagreb

PO Box 291, Croatia

W www.imi.hr