

Упознат/а сам са Правилником о заштити података о личности Удружења за помоћ и подршку особама са цистичном фиброзом Србије и тим поводом дајем следећу:

### ИЗЈАВУ

\_\_\_\_\_, (име и презиме), рођен/а  
\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ године (дан, месец и година рођења) у  
\_\_\_\_\_ (место рођења) сагласан/а сам да Удружење за  
помоћ и подршку особама са цистичном фиброзом Србије може да обрађује, односно  
прикупља, бележи и разврстава моје податке о личности у складу са Правилником и  
важећим законима и прописима.

.....

(место и датум)

\_\_\_\_\_

(потпис даваоца изјаве)