

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) сагласан/а сам да Удружењу за помоћ и подршку особама са цистичном фиброзом Србије дам податке о мом детету које Удружење може да обрађује, односно прикупља, бележи и разврстава у складу са Правилником и важећим законима и прописима.

.....

(место и датум)

(потпис даваоца изјаве)