

SUGLASNOST ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Ja, _____, OIB: _____, iz Funtane, _____,

zastupan/a po punomoćniku _____,

zastupan/a po skrbniku _____,

svojim potpisom dajem suglasnost Općini Funtana-Fontane za prikupljanje i obradu mojih osobnih podataka u svrhu dodjele i isplate sufinanciranog dijela mjesečne premije dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Općinu Funtana-Fontane temeljem ove Suglasnosti ovlašćujem za traženje podataka od strane

o mojoj polici dopunskog zdravstvenog osiguranja, i to podatke o:

- a) datumu sklapanja i obnove police dopunskog zdravstvenog osiguranja,
- b) visini mjesečne premije dopunskog zdravstvenog osiguranja,
- c) valjanosti police dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno o redovnim mjesečnim uplatama premije dopunskog zdravstvenog osiguranja,
- d) pravu na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret proračuna Republike Hrvatske.

Ova Suglasnost vrijedi do opoziva te istu Općina Funtana-Fontane ne smije koristiti u druge svrhe osim one za koju je Suglasnost dana.

Funtana-Fontane, _____ 2019. godine

(potpis davatelja Suglasnosti)

(potpis punomoćnika)

(potpis skrbnika)