

**Барање на повлекување на согласност за користење на личните податоци**

Согласно чл.13а од Закон за заштита на лични податоци ја повлекувам согласноста за користење на моите лични податоци дадена на **ПЗУ Поликлиника БИОТЕК Скопје** за цели на известувања во електронска форма

Име и Презиме:
Датум на раѓање:
ЕМБГ:
Адреса на живеење:
Датум на повлекување на согласноста:
Телефонски број:*
е-маил:*

**ПЗУ Поликлиника БИОТЕК Скопје** ќе ги преземе сите потребни активности со цел да одговори на барањето на субјектот во рок од 15 дена од приемот на барањето, односно, од добивањето на дополнителните информации доколку првично поднесеното барање е нејасно или некомплетно.

*\*Полињата означени со \* се незадолжителни, а се ставени со цел полесна комуникација со барателот ако има несогласување на податоците.*

Потпис

---

**ПЗУ Поликлиника БИОТЕК Скопје, Р. Северна Македонија**

[www.biotekpoliklinika.com.mk](http://www.biotekpoliklinika.com.mk)

[info@biotekpoliklinika.com.mk](mailto:info@biotekpoliklinika.com.mk)

02/ 615 7755; 077/ 888 883

**Ординација по гинекологија и акушерство, Ординација по педијатрија, Ординација по интерна медицина, Клиничка трансфузиологија**

Ул. Народен Фронт бр. 5 1000 Скопје, Р. Северна Македонија

**Ординација по медицина на трудот**

Булевар „Македонска Војска“, бр. 20-1 Скопје, Ѓорче Петров