ZAVOD ZA HITNU MEDICINU
KARLOVAČKE ŽUPANIJE

dr. Vladka Mačeka 48, 47000 Karlovac,
tel/fax: 047/ 804 016, 611 332, www.zzhm-kz.hr

PRIVOLA ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Molimo navesti sve osobne podatke:

Ime:_____

Prezime: _____

Titula: _____

OIB: _____

Adresa: _____

_____

Broj mob/tel: _____

e-mail: _____

Napomena obrazac služi za obradu podataka u svrhu provedbe natječaja. Tražene podatke upisati čitko pisanim slovima.

Svojim potpisom dajem privolu Zavodu za hitnu medicinu Karlovačke županije za prikupljanje i obradu osobnih podataka u svrhu provođenja javnog natječaja za radno mjesto:

_____

Mjesto i datum:_____

Potpis: