**Барање за запирање на обработката на личните податоци**

**Пополнува субјектот на лични податоци**

Име:

Презиме:

Телефон:

Е-маил адреса:

Адреса за испраќање на одговор:

Барам да се запре обработката на моите лични податоци од страна на Приватна здравствена установа-Ординација по физикална медицина и рехабилитација ГАРДЕН ИНН МЕДИКАЛ Скопје. Како причини за барањето ги наведувам следните:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Барање за дополнување, измена или бришење на информации за обработка на личните податоци**

**Пополнува субјектот на лични податоци**

Име:

Презиме:

Телефон:

Е-маил адреса:

Адреса за испраќање на одговор:

Согласно одредбите од Законот за заштита на личните податоци, барам да се изврши (да се обележи едно од следните)

* [ ] дополнување
* [ ] измена
* [ ] бришење
* [ ] информирање
* [ ] ограничување на обработката
* [ ] приговор
* [ ] приговор против автоматско донесување поединечни одлуки, вклучително и профилирање

на следните лични податоци: