I Z J A V A

Potpisom ove izjave dajem izričitu suglasnost Međimurskoj županiji da može poduzimati sve radnje vezano na obradu i razmjenu mojih osobnih podataka navedenih u **Zahtjevu za financiranje troškova prijevoza u vezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu za 2025. godinu**, uključujući i podatke o osobnom identifikacijskom broju, a što obuhvaća pravo Međimurske županije na prikupljanje, čuvanje, organiziranje, uvid i prijenos osobnih podataka u svrhu predaje **Zahtjeva za financiranje troškova prijevoza u vezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu za 2025. godinu.** Mojim osobnim podacima pristup mogu imati ovlaštene osobe iz Međimurske županije u svrhu koja je gore navedena. Međimurska će županija čuvati moje osobne podatke sve dok za to postoji pravni temelj.

Predmetnu suglasnost dajem dobrovoljno te njenim potpisom potvrđujem kako sam upoznat/a da u bilo koje vrijeme mogu povući suglasnost bez bilo kakvih negativnih posljedica. Također sam upoznat/a da, sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka, mogu pod određenim uvjetima, koristiti svoja prava da dobijem potvrdu o obradi, izvršiti uvid u svoje osobne podatke, prigovoriti daljnjoj ili prekomjernoj obradi te blokirati nezakonitu obradu.

Potvrđujem da sam od strane Međimurske županije upoznat/a kako sve ostale informacije vezano za obradu mojih osobnih podataka mogu dobiti upitom na adresu elektroničke pošte zdravstvo@medjimurska-zupanija.hr.

DATUM: _____

IME I PREZIME: _____

POTPIS: _____