

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ	<b>ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ</b>	Версия 01 / 2018-05-08 г.
-----------------------------------	---	---------------------------

**ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ**

Аз,

.....

*/име на субекта на данни/*

се съгласявам с това, че МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ може да обработва следните  
мои лични данни

.....

за целите на

.....

Наясно съм и бях информиран, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по  
отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването, като  
използвам "Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни", чрез изпращане по  
имейл на dro@tu-sofia.bg или по пощата на гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов" № 15,  
МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, Длъжностно лице по защита на личните данни.

.....

*/ име на субекта на данни /*

Подпис:

Дата:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_