

VPRAŠALNIK: Zdravstvene težave zaradi testiranja

Če ste zaradi testiranja utrpeli zdravstveno škodo, izpolnite ta vprašalnik in nam ga pošljite po pošti na naslov: **Društvo za zaščito človeka in njegovih pravic Slovenije (za OZZ), Regentova ulica 6, 2000 Maribor.** Vprašalnik lahko izpolnite tudi za svojega otroka ali sorodnika (če imate njegovo soglasje ali ste zakoniti zastopnik). Za nasvet ali tehnično pomoč pri prijavi nas kontaktirajte na info@odgovoren-za-zdravje.si.

(1) OSEBNI PODATKI IN SOGLASJE

Vsi osebni podatki bodo obdelani in varovani kot zaupni, v skladu z zakoni in predpisi s področja varstva podatkov. Za več informacij glede varstva in obdelave podatkov si preberite **pogoje uporabe spletne strani** (<https://odgovoren-za-zdravje.si/varstvo-podatkov>).

Podatki o prijavitelju:

Ime:	Priimek:
E-naslov:	Telefonska številka (neobvezno):
Za koga poročate? <input type="checkbox"/> zase <input type="checkbox"/> za otroka ali sorodnika (če poročate za otroka ali sorodnika) V kakšnem sorodstvenem razmerju je oseba do vas? _____	(podatki o osebi, za katero poročate) Spol: <input type="checkbox"/> moški <input type="checkbox"/> ženska Starost ob pojavu težav: _____ let

IZJAVA PRIJAVITELJA:

S svojim podpisom **potrjujem**, da sem seznanjen in se strinjam s splošnimi pogoji uporabe spletne strani in varstva podatkov ter **izjavljam**, da vse osebne, zdravstvene in druge podatke v okviru tega vprašalnika posredujem popolnoma prostovoljno (ali imam za to soglasje druge osebe oz. sem njen zakoniti zastopnik oz. imam soglasje zakonitega zastopnika te osebe) in **jamčim** za njihovo verodostojnost. **Soglašam**, da mi preko sistema za pošiljanje elektronskih sporočil pošiljate pomembne informacije in obvestila, od katerih se lahko kadarkoli odjavim.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

