



SPECIALISTIČNA KLINIKA
DVOREC LANOVŽ

Vljudno prosimo, da nam izpolnite obrazec z vašimi osebnimi podatki:

Ime in priimek: _____

Naslov, občina: _____

Datum rojstva: _____

E-mail: _____

Tel.št.: _____

Podpis: _____

-
1. S podpisom tega obrazca potrjujem, da so vsi navedeni podatki resnični in dovoljujem, da Dvorec Lanovž d.o.o. obdela moje osebne podatke za namene zdravstvenih storitev.
 2. Dovoljujem, da Dvorec Lanovž d.o.o. uporablja moje osebne podatke iz obrazca za statistične obdelave, trženjske raziskave ter za potrebe neposrednega trženja – obveščanje o novostih. To dovoljenje lahko kadar koli umaknem s pisno zahtevo, poslano po elektronski pošti na naslov info@dvorec-lanovz.si.