

ЗАЯВЛЕНИЕ

За спиране на здравно осигуряване

Подписания.....
курс/докторант....., спец.
фак. номер:....., живущ в гр./(с).....
ул./ж.к....., бл....., вх.....,ет.....,ап.....
ЕГН:....., тел:.....

Моля, да ми бъдат прекратени здравните осигуровки

От.....

Поради:.....
/започване на работа, смърт на родител, получаване на хонорари, смяна на формата на обучение, отписване от ВУ/

Съгласен/на съм Технически университет – Варна да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно разпоредбите на Закон за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27.04.2016 – относно защита на физическите лица във връзка с обработката на лични данни.

Давам съгласие за обработване на личните ми данни за следните цели:

- Обработка и подаване на информация за здравноосигурителния статус, Декларация – към НАП.

Запознат/а съм с:

- Целта и средствата за обработка на личните ми данни;
- Правото да оттегля съгласието си по всяко време, като оттеглянето на съгласието не засяга законосъобразността на обработването, основано на дадено съгласие преди неговото оттегляне;
- Доброволния характер на предоставянето на данните;
- Правото на достъп, коригиране и изтриване на събраните данни.

Дата:.....

ПОДПИС:.....