



Асоциация лицеви  
аномалии – АЛА  
www.ala-bg.org

Association facial  
anomalies – ALA  
www.ala-bg.org

ОРЗД-204

**ФОРМА ЗА СЪГЛАСИЕ ОТ РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИК**  
Версия на документа 1.0 от 25.05.2018; Стр. 1 от 1

Администратор: Сдружение „Асоциация  
лицеви аномалии - АЛА”

Отговорник: Жана Ангелова

Аз, долуподписан/ият/та

.....  
(три имена на родител/настойник, друга информация за идентификация),  
в качеството си на родител/настойник потвърждавам, че

.....  
(три имена на детето, друга информация за идентификация)

е на възраст под 16 години и съм съгласен от негово име,  
Сдружение „Асоциация лицеви аномалии - АЛА”, ЕИК 115119730  
да обработва личните му данни, за целите на:

проследяването на лечението и предоставяне на достъп до информацията за цялостното  
лечение на самия пациент.

Данните се събират, обработват и съхраняват в съответствие с най-високите изисквания за  
сигурност.

Декларирам, че давам своето съгласие за обработване на лични данни свободно, изрично  
и относно всички посочени лични данни, съгласно собствената си воля и убеждение.

Давам изричното си съгласие за автоматично обработване на данните при необходимост от  
това.

Съзнавам, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време (Образец на форма за  
оттегляне на съгласие от родител/настойник – приложен към Процедурата за оттегляне на  
съгласие).

Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми по-късно няма да засегне законосъобразността  
на обработването, основано на даденото сега съгласие.

Подпис на субекта на данните:

Дата:

Получено от:.....на.....

Контакт с Администратора на лични данни:

Уебсайт: ala-bg.org

E-mail: office@ala-bg.org

Телефон: 0888 932 533