**(donja polja, molimo obavezno popuniti)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAZIV POSLOVNOG SUBJEKTA**  (naziv trgovačkog društva ili naziv obrta, ime i prezime nositelja obrta) |  | | |
| **ADRESA POSLOVNOG**  **SUBJEKTA** |  | | |
| **OIB** |  | | |
| **IBAN** |  | | |
| **Program po kojem se polaznici prijavljuju (označiti)** | | | |
| TEČAJ O STJECANJU POTREBNOG  ZNANJA O ZDRAVSTVENOJ ISPRAVNOSTI HRANE | |  | TEČAJ O STJECANJU POTREBNOG  ZNANJA O SPREČAVANJU ZARAZNIH BOLESTI |
|  | |  |  |
| **Kontakt osoba** |  | | |
| Telefon/mobitel |  | | |
| Adresa e-pošte |  | | |
| Mjesto i datum |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prezime i ime  (ime jednog roditelja) | Datum,  mjesto i država rođenja | OIB  (osobni) | Stupanj školske spreme,  posao koji obavljate | Osnovni / Prošireni |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Popunjavanjem prijavnice za tečaj dajete privolu da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu pohađanja tečaja, a u skladu s važećim primjenjivim propisima

iz područja zdravstva te Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka. Hrvatski zavod za javno zdravstvo jamči svakom polazniku da će njegovi osobni podac

biti adekvatno zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima previđenim Pravilnikom o

zaštiti i obradi arhivskog i registraturnog gradiva.