**(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 POTREBNOGZNANJA O ZDRAVSTVENOJ ISPRAVNOSTI HRANE |  | TEČAJ O STJECANJU POTREBNOGZNANJA 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.