SOGLASJE ZA POŠILJANJE RAČUNOV NA E-POŠTO

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

Srednja zdravstvena in kozmetična šola Celje

C E L J E

Vaše ime in priimek

Ime in priimek plačnika (vlagatelj, starš, skrbnik)

Vaš naslov

Ulica in hišna številka

Poštna številka Kraj

Ime in priimek dijaka

E-naslov

Elektronski naslov plačnika

Št. mobilnega telefona

Telefonska številka plačnika

Davčna številka

Davčna številka plačnika

Naziv prejemnika plačila

SREDNJA ZDR. in KOZMET. ŠOLA CELJE

Naziv prejemnika plačila

SI56011006030696837

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila

IPAVČEVA ULICA 10

Ulica in hišna številka

3000 **CELJE**

Poštna številka Kraj

SLOVENIJA

Država

Kraj podpisa soglasja

Kraj

D D M M L L

Datum

Podpis

Prosim podpišite tukaj

Spoštovani!

V skladu z novo evropsko uredbo o varovanju osebnih podatkov (GDPR), **potrebujemo vaše privoljenje**, da vas lahko tudi v prihodnje za namene pošiljanja računov pokličemo na telefon ali z vami kontaktiramo preko e-pošte.

Vaše podatke bomo skladno z veljavno zakonodajo skrbno varovali od datuma potrditve do preklica.

Vse podatke, navedene na tem obrazcu lahko kadarkoli prostovoljno popravite, prenesete, zahtevate vpogled vanje, omejite njihovo obdelavo ali podate ugovor nanje. Zahtevate lahko stalno ali začasno prenehanje uporabljanje navedenih osebnih podatkov.

Podpis

Prosim podpišite tukaj