

Към чл. 5, т. 6 от Правилника

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаният/ата:

.....  
 /име, презиме, фамилия/  
 ЕГН..... Лична карта № .....  
 Издадена от.....на.....  
 Постоянен адрес:  
 Гр. ....ул. ....№.....Бл.....ет. ....ап. ....  
 Община ..... Област .....

**ДЕКЛАРИРАМ ,**

че съм съгласен/на членовете на Комисията по чл.7 от Правилника за финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие на семейства и лица, живеещи на семейни начала, с репродуктивни проблеми на територията на Община Смолян да обработват, използват и съхраняват личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с получаване на финансова помощ.

Декларатор:

.....  
 /Подпис и трите имена/

Дата:.....

Гр. ....