

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Προς τη
Γραμματεία του
Τμήματος Οδοντιατρικής

Όνομα :
Επίθετο:
Όνομα Πατρός:
Επωνυμία :
.....
Διεύθυνση:.....
.....
.....
Τηλ.:
E-mail :

Σας δηλώνω ότι αποδέχομαι και δηλώνω
ότι τηρώ τους όρους που αναφέρονται στην
“Πρόσκληση ενδιαφέροντος
οδοντοτεχνικών εργαστηρίων που
επιθυμούν να συνεργαστούν με το Τμήμα
Οδοντιατρικής του Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών” (ανάρτηση στην ιστοσελίδα
Τμήματος Οδοντιατρικής www.dent.uoa.gr)
και αιτούμαι σχετικά στο να συμπεριληφθώ
στη λίστα. Λαμβάνω τα κατάλληλα μέτρα
για την διαφύλαξη της εμπιστευτικότητας
των προσωπικών δεδομένων στα πλαίσια
εκτέλεσης της συνεργασίας μας,
δεσμεύομαι για την απαρέγκλιτη τήρηση
των διατάξεων του με αρ. 2016/679
Κανονισμού (ΕΕ) του Ευρωπαϊκού
Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης}
Απριλίου 2016 για την προστασία των
φυσικών προσώπων έναντι της
επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού
χαρακτήρα και αποδέχομαι την ανάρτηση
των εταιρικών μου στοιχείων στα ειδικά
πληροφοριακά έντυπα.

Αθήνα,

Ο/ Η Αιτών/ούσα

.....

*** Υπογράφει ο κατά νόμο υπεύθυνος
του Οδοντοτεχνικού Εργαστηρίου.**