

Wniosek o realizację praw

Białe pola wypełnia wnioskodawca DRUKOWANYMI literami. Szare pola wypełnia Administrator danych. miejscowość i data								
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Lekarz” Hejda, Śliwa i Partnerzy - Spółka Partnerska Lekarzy, ul. Skubisza 9, 35-207 Rzeszów, Oznaczenie Administratora Danych numer kolejny wniosku								
<u>WNIOSEK O REALIZACJĘ*</u>									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> prawa dostępu do danych</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> prawa do przeniesienia danych do innego administratora</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> prawa do sprostowania danych</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> prawa do sprzeciwu</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> prawa do usunięcia danych ("prawo do bycia zapomnianym")</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> prawa do niepodlegania profilowaniu</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> prawa do ograniczenia przetwarzania</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> prawa dostępu do danych	<input type="checkbox"/> prawa do przeniesienia danych do innego administratora	<input type="checkbox"/> prawa do sprostowania danych	<input type="checkbox"/> prawa do sprzeciwu	<input type="checkbox"/> prawa do usunięcia danych ("prawo do bycia zapomnianym")	<input type="checkbox"/> prawa do niepodlegania profilowaniu	<input type="checkbox"/> prawa do ograniczenia przetwarzania	
<input type="checkbox"/> prawa dostępu do danych	<input type="checkbox"/> prawa do przeniesienia danych do innego administratora								
<input type="checkbox"/> prawa do sprostowania danych	<input type="checkbox"/> prawa do sprzeciwu								
<input type="checkbox"/> prawa do usunięcia danych ("prawo do bycia zapomnianym")	<input type="checkbox"/> prawa do niepodlegania profilowaniu								
<input type="checkbox"/> prawa do ograniczenia przetwarzania									
podstawa prawna	Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)								
1. Dane osoby wnioskującej									
imię/imiona: Nazwisko: Adres zamieszkania: inna dana pozwalająca na identyfikację np. nr dowodu osobistego/PESEL:								
2. Informacje identyfikujące osobę wnioskującą w zasobach Administratora Danych Osobowych									
.....									
3. Sposób odbioru danych osobowych przez osobę wnioskującą*									
<input type="checkbox"/> wiadomość e-mail <input type="checkbox"/> doręczenie pocztą** <input type="checkbox"/> odbiór osobisty								

* właściwe zaznaczyć

*** uzupełnić wykropkowane pole w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania

4. Uzasadnienie/uwagi osoby wnioskującej

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis wnioskodawcy

5. Informacje dotyczące wykonania/niewykonania prawa osoby której dane dotyczą:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administrator przychyła się do wniosku | <input type="checkbox"/> Administrator odrzuca wniosek |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

Uzasadnienie decyzji administratora

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data i podpis ADO

zatwierdzenie Inspektora Ochron Danych:

.....
data i podpis IOD