

Imię i nazwisko:

Lębork, dn.

Nr ewidencyjny PESEL:

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania):

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lęborku
ul. Juliana Węgrzynowicza 13
84-300 Lębork

WNIOSEK

realizacja praw osób, których dane dotyczą zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

Niniejszym wnioskiem, wyrażam chęć skorzystania z prawa przewidzianego przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w związku z Ustawą z dnia 10 maja o ochronie danych osobowych*:

- prawa dostępu do swoich danych – art. 15 RODO;
- prawa do sprostowania nieprawidłowych danych – art. 16 RODO;
- prawa do usunięcia danych – w przypadku wystąpienia okoliczności przewidzianych w art. 17 RODO;
- prawa do ograniczenia przetwarzania – w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO;
- prawa do przenoszenia danych – w przypadkach wskazanych w art. 20 RODO;
- prawa do sprzeciwu – w przypadkach wskazanych w art. 21 RODO;
- prawa do niepodlegania profilowaniu – w przypadkach wskazanych w art. 22 RODO.

Uzasadnienie wniosku/opis żądania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i czytelny podpis wnioskodawcy:

Państwa wniosek zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpłynięcia dokumentu do Kancelarii Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lęborku. W przypadku skomplikowanego charakteru wniosku i/lub liczby żądań okres rozpatrywania wniosku może zostać wydłużony o kolejne 60 dni, o czym zostaną Państwo poinformowani odrębnym pismem.

* właściwie zaznaczyć