

.....
miejsowość, data

Wniosek

Prawo dostępu do danych osobowych

Dane Wnioskodawcy

Obowiązkowe:

Imię i nazwisko:

Do wyboru: (podanie danych adresowych jest konieczne dla udzielenia odpowiedzi)

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:

Korzystając z przysługującego mi prawa określonego w art. 15 Rozporządzenia 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), zwracam się z prośbą o **udzielenie informacji** o przetwarzaniu moich danych osobowych: (proszę zaznaczyć właściwe pola):

- potwierdzenie, czy moje dane są przetwarzane
- dostarczenie kopii moich danych osobowych
- wydanie mojej dokumentacji medycznej
- informację o celu przetwarzania moich danych osobowych
- informację o kategoriach przetwarzanych danych osobowych
- informację o odbiorcach moich danych osobowych
- informację o przewidywanym okresie retencji moich danych osobowych
- informację odnośnie źródła pozyskania moich danych osobowych (jeżeli nie zostały one uzyskane ode mnie)
- informację, czy moje dane osobowe wykorzystywane są w zautomatyzowanym procesie podejmowania decyzji mającym skutki prawne dla mnie (w tym profilowaniu), a jeśli tak, to proszę o wskazanie jego zasad i konsekwencji dla mnie
- informację, czy moje dane osobowe przekazywane są za granicę, a jeśli tak, to jakie środki bezpieczeństwa są stosowane w zakresie ich przekazywania

Przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie skuteczny dopiero po zweryfikowaniu mojej tożsamości.

Realizacja wniosku nastąpi w terminie do 30 dni licząc od daty wpływu wniosku na wskazane w klauzuli informacyjnej dane kontaktowe Administratora a w przypadku złożenia wniosku o wydanie dokumentacji medycznej realizacja nastąpi niezwłocznie po otrzymaniu takiego wniosku.

*Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia 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) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku dla potrzeb zweryfikowania mojej osoby i spełnienia przez Administratora żądania mojego prawa do udzielenia informacji o przetwarzaniu danych osobowych według przesłanego wniosku.*

Potwierdzam zapoznanie się z „Klauzulą informacyjną – prawa osób, których dane dotyczą” załączoną na stronie internetowej www.przychodniazator.pl

.....
podpis wnioskodawcy

Prawidłowe wypełnienie wniosku przyspieszy jego rozpoznanie.

W przypadku złożenia wniosku listownie, prosimy o wydrukowanie wniosku dwustronnie.