

.....  
miejsowość, data

## Wniosek

### Prawo do przenoszenia 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. 20 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 **przeniesienie moich danych osobowych** takich jak: *(należy wymienić dane osobowe do przesłania)*

.....  
bezpośrednio do: *(należy wskazać nazwę oraz dane adresowe/kontaktowe innego administratora, na które należy przenieść/przesłać Pani/Pana dane osobowe)*

.....  
.....

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.

*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*

*Administradora 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](http://www.przychodniazator.pl)*

.....  
*podpis wnioskodawcy*

*Prawidłowe wypełnienie wniosku przyspieszy jego rozpoznanie.*

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