

Łapy,

UZYSKANIE OD ADMINISTRATORA POTWIERDZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBY,
KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
dane kontaktowe

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Łapach
Ul. Janusz Korczaka 23
18-100 Łapy

Na podstawie 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 wnioskuję o udzielenie informacji, czy przetwarzane są dane osobowe dotyczące mojej osoby.

W przypadku przetwarzania moich danych osobowych proszę o wskazanie informacji dot. przetwarzania zgodnie z art. 15 w/w Rozporządzenia.

Informacje proszę przesłać zgodnie z podanymi przeze mnie danymi kontaktowymi lub ustnie w ustalonym wcześniej terminie.

.....
(data, podpis wnioskodawcy)

Łapy,

WNIOSEK O SPROSTOWANIE LUB UZUPEŁNIENIE DANYCH OSOBOWYCH

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
dane kontaktowe

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Łapach
Ul. Janusz Korczaka 23
18-100 Łapy

Na podstawie art. 16 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 wnioskuję o sprostowanie/uzupełnienie danych osobowych dotyczących mojej osoby w zakresie:

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

.....
(data, podpis wnioskodawcy)

Łapy,

WNIOSEK O USUNIĘCIE DANYCH (PRAWO DO BYCIA ZAPOMNIANYM)*

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
dane kontaktowe

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Łapach
Ul. Janusz Korczaka 23
18-100 Łapy

Na podstawie art. 17 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 wnioskuję o usunięcie danych osobowych dotyczących mojej osoby z powodu:

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

.....
(data, podpis wnioskodawcy)

**Prawo do bycia zapomnianym nie ma zastosowania w przypadku przetwarzania danych, które jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa lub do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.*

Łapy,

WNIOSEK O OGRANICZENIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

.....

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....

dane kontaktowe

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Łapach
Ul. Janusz Korczaka 23
18-100 Łapy

Na podstawie art. 18 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 wnioskuję o ograniczenie przetwarzania danych osobowych dotyczących mojej osoby z powodu:

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

.....

(data, podpis wnioskodawcy)

Łapy,

WNIOSEK O PRZENIESIENIE DANYCH OSOBOWYCH*

.....

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....

dane kontaktowe

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Łapach
Ul. Janusz Korczaka 23
18-100 Łapy

Na podstawie 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 wnioskuję o przeniesienie danych dotyczących mojej osoby innemu administratorowi:

.....
.....

(wskazać nazwę i dane kontaktowe administratora)

.....

(data, podpis wnioskodawcy)

**Prawo do przeniesienia danych osobowych nie ma zastosowania do przetwarzania, które jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.*

Łapy,

WNIOSEK DOTYCZĄCY SPRZECIWU WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

.....

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....

dane kontaktowe

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Łapach
Ul. Janusz Korczaka 23
18-100 Łapy

Na podstawie art. 21 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 wnoszę sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych dotyczących mojej osoby z powodu:

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

(wskazać nazwę i dane kontaktowe administratora)

.....

(data, podpis wnioskodawcy)