

<p>Białe pole wypełnia wnioskodawca <u>DRUKOWANYMI</u> literami.</p> <p>Szare pola wypełnia Administrator.</p>	<p>..... Miejscowość i data</p>
<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku Ul. Kartuska 4/6 80-104 Gdańsk</p> <p>Oznaczenie Administratora</p>	
	<p>Numer wniosku:</p>

Wniosek o realizację*

- prawa dostępu do danych
- prawa do sprostowania danych
- prawa do ograniczenia przetwarzania
- prawa do przeniesienia danych do innego administratora
- prawa do sprzeciwu

<p>Podstawa prawna:</p>	<p>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)</p>
-----------------------------	---

1. Dane osoby wnioskującej (wybrane dane w celu ustalenia tożsamości)

Imię/Imiona:

Nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Informacje identyfikujące osobę wnioskującą w zasobach Administratora

[wpisz informacje pozwalające zlokalizować wnioskodawcę w zasobach Administratora, np. okoliczności pozostawienia danych czy też stosunek wnioskodawcy do Administratora- np. pracownik, pacjent, kontrahent]

3. Sposób odbioru danych osobowych przez osobę wnioskującą*
--

- adres e-mail
- adres korespondencyjny **
- odbiór osobisty

4. Uzasadnienie/uwagi osoby wnioskującej ***

[wpisz, dlaczego wnosisz o realizację tego prawa, np. ustał cel przetwarzania, dane przetwarzani niezgodnie z prawem, w celu postępowania sądowego, sprawdzenie czy Administrator posiada aktualne dane, itp.)

5. Uzasadnienie/uwagi

[wpisz dodatkowe informacje uzupełniane przez osobę rozpatrującą wniosek]

.....
Czytelny Podpis wnioskodawcy

- właściwie zaznaczyć
- ** uzupełnić w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania
- *** dodatkowe uwagi wnioskodawcy związane z realizacją prawa, m.in. wskazanie przyczyn wystąpienia szczególnej sytuacji, w przypadku składania wniosku o realizację prawa do sprzeciwu

Szanowni Państwo:

1. Prosimy o elektroniczne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Informujemy, że Państwa dane nie będą przetwarzane w innych celach poza realizacją składanego przez Państwa niniejszego wniosku, a w przypadku braku danych w zbiorze, nie zostaną utrwalone.
3. Administrator ma prawo odmówić przekazania danych lub zmienić formę odbioru w sytuacji, kiedy nie jest w stanie prawidłowo zidentyfikować osobę wnioskującą.
4. W sytuacji, kiedy żądania osoby zostaną uznane za nadmierne lub nieuzasadnione Administrator może pobrać stosowną opłatę do kosztów udzielenia odpowiedzi, informując wcześniej osobę wnioskującą o wysokości opłaty.