

WNIOSEK O REALIZACJĘ PRAW NA MOCY RODO

(wypełnia Wnioskodawca)

(miejsce i data wypełnienia wniosku)

Dane osoby składającej wniosek:

Nazwiskom i imię (imiona): PESEL:

Adres zamieszkania:

Podmiot do którego składany jest wniosek:

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 37, 11-100 Lidzbark Warmiński.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. W sprawie ochrony osób Fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwracam się do Administratora danych którym jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim, mi realizację przysługujących mi praw:

- Dostępu do danych osobowych oraz uzyskania informacji (zgodnie z art. 15 RODO)*
- Do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych (zgodnie z art. 16 RODO)*
- Do usunięcia danych osobowych – prawo do bycia zapomnianym (zgodnie z art. 17 RODO)*
- Do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych (zgodnie z art. 18 RODO)*
- Do przenoszenia danych osobowych (zgodnie z art. 20 RODO)*
- Do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (zgodnie z art. 21 RODO)*

* (właściwe proszę podkreślić)

2. Dodatkowe informacje, niezbędne do realizacji żądania – proszę dookreślić żądanie; informacje umożliwiające Administratorowi identyfikację danych w zbiorze: np./ żądam informacji czy ZOZLW przetwarza moje dane osobowe, żądam sprostowania moich danych (proszę dookreślić o jakich danych jest mowa), żądam zaprzestania przetwarzania danych osobowych gdyż ich przetwarzanie jest niezgodne z prawem, cofam udzieloną zgodę na przetwarzanie moich danych itp.
-
-
-

3. Wybrany sposób odbioru:

- Odbiór osobisty*;
- Wysłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wskazany we wniosku*;
- Przesłanie za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail*
- Świadoma zagrożenia związanych z przesłaniem dokumentów drogą elektroniczną wyrażam świadomą zgodę na przekazanie moich danych przez ZOZLW na wskazany adres e-mailowy oraz zabezpieczenie dokumentu hasłem, które zostanie przesłane SMS-em na nr telefonu:

* (właściwe proszę podkreślić)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek

Dotyczy wniosków składanych osobiście:

Tożsamość osoby składającej wniosek osobiście zweryfikowano na podstawie dokumentu tożsamości: rodzaj (dowód osobisty lub paszport) seria i nr, ważny do:

Data i podpis osoby przyjmującej w imieniu Administratora

WNIOSEK O REALIZACJĘ PRAW NA MOCY RODO

(wypełnia Administrator)

- **Rejestracja wniosku**

Nr wniosku

Data wpłynięcia wniosku:

- **Potwierdzenie realizacji żądania**

Wysłano listem potwierdzonym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru:

Adres:

Data wysłania:

- **Wysłano za pomocą poczty elektronicznej:**

Adres e-mail:

Data wysłania:

- **Przekazano osobiście**

Ja niżej podpisana/y potwierdzam odbiór dokumentów

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

Tożsamość osoby odbierającej zweryfikowano na podstawie:

Imię i nazwisko

Nr dokumentu tożsamości

.....
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)