

Megrez Sp. z o.o., ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy tel.: +48 32 32 55 171, 32 32 55 280 fax: 32 32 55 284 e-mail: sekretariat@szpitalmegrez.pl www.szpitalmegrez.pl, dniar
	Nr kolejny wniosku (wypełnia Administrator)

WNIOSEK O REALIZACJĘ *

<input type="checkbox"/> prawa dostępu do treści swoich danych osobowych	<input type="checkbox"/> prawa do ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych
<input type="checkbox"/> prawa do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych	<input type="checkbox"/> prawa do przeniesienia swoich danych osobowych
<input type="checkbox"/> prawa do usunięcia swoich danych osobowych,	<input type="checkbox"/> prawa do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych

Wskazanie rodzaju danych osobowych i celu w jakim obecnie są one przetwarzane:

1. Dane osoby wnioskującej (osoby, której dane dotyczą):

Imię/imiona:	
Nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Inna dana pozwalająca na identyfikację (np. nr PESEL, data urodzenia, nr dowodu osobistego):	

2. Sposób odbioru danych osobowych przez osobę wnioskującą:*

<input type="checkbox"/> doręczenie pocztą	Adres **		
<input type="checkbox"/> wiadomość e-mail		Numer telefonu, na który przekazane zostanie hasło***	
Adres e-mail			
<input type="checkbox"/> ePUAP	adres elektronicznej skrytki ePUAP		
<input type="checkbox"/> odbiór osobisty			

3. Uwagi osoby wnioskującej:****

.....

.....

.....

.....

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy:

4. Informacje identyfikujące osobę wnioskującą w zasobach Administratora: (wypełnia Administrator)

.....

.....

.....

Podstawa prawna: 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)

*właściwe zaznaczyć

** uzupełnić pole w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

***, w celu zabezpieczenia, przesłane dane będą zaszyfrowane przy użyciu programu 7-Zip, a hasło zostanie przekazane telefonicznie lub wiadomością SMS na podany we wniosku nr telefonu. (administrator informuje wnioskodawcę o istnieniu zagrożenia ujawnienia danych osobom nieuprawnionym, które mogą uzyskać dostęp do przesyłanych mailowo danych)

****dodatkowe uwagi wnioskodawcy stanowiące o przyczynach wniosku i jego uzasadnienie