

<p><b>Białe pole wypełnia wnioskodawca <u>DRUKOWANYMI</u> literami.</b></p> <p><b>Szare pola wypełnia Administrator.</b></p>	<p>..... Miejscowość i data</p>
<p><b>Spółka Lekarzy Specjalistów „Auto-Med” w Radomsku</b></p> <p>Oznaczenie Administratora</p>	<p>Data wpływu:</p>
	<p>Numer wniosku:</p>

## Wniosek o realizację\*

- prawa dostępu do danych i ich kopii
- prawa do sprostowania danych
- prawa do ograniczenia przetwarzania
- prawa do przeniesienia danych do innego administratora
- prawa do sprzeciwu
- prawa do usunięcia danych (tzw. "prawo do bycia zapomnianym")

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)
------------------	--

### 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. ustal cel przetwarzania, dane przetwarzania 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

**Opinia Inspektora Ochrony Danych:**

.....  
(Podpis IOD)

## Decyzja Administratora danych

.....  
(Podpis Administratora danych)

### Potwierdzenie odbioru danych osobowych w przypadku osobistego stawiennictwa:

.....  
Data

.....  
Czytelny Podpis

- 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.