

Wypełnia Administrator Danych (dalej: Administrator)

Numer wniosku

Data wpłynięcia wniosku

Wypełnia Wnioskodawca:

Dane osoby składającej wniosek:

Nazwisko i imię (imiona):.....

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Podmiot, do którego jest składany wniosek:

**Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna PUM sp. z o.o.
Al. Powstańców Wielkopolskich 72 bud. 18
70-111 Szczecin**

Wniosek o realizację praw na mocy art. 15-21 RODO¹⁾

1. Na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) ¹⁾ zwracam się do Administratora danych, o realizację przysługujących mi praw: (proszę zaznaczyć „x” we właściwym wierszu -):

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

2. Informacje uzupełniające, umożliwiające realizację żądania (proszę dookreślić żądanie); informacje umożliwiające Administratorowi identyfikację (wyszukanie danych) w zbiorze:

np. żądam potwierdzenia czy UKS PUM Sp. z o.o. przetwarza moje dane osobowe; dostarczenia kopii; sprostowania nieprawidłowych danych (dookreślić jakie dane); uzupełnić dane niekompletne(dookreślić jakie dane); usunąć dane ponieważ nie są już niezbędne, cofnąłem zgodę, dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem; itd.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Wnioskowany sposób odbioru: (proszę zaznaczyć „x” we właściwym wierszu -):

- zostanie odebrana osobiście
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wskazany we wniosku
- proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres email: _____
 - oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną oraz zapoznałem(am) się z minimalnym zabezpieczeniem przekazania przez Klinikę danych w postaci elektronicznej, przesłanych na wskazany adres e-mail oraz proszę o przesłanie hasła: SMS-em na telefon _____ (wskazany przez osobę żądającą) pocztą tradycyjną, przekazanie hasła do rąk własnych* (właściwe podkreślić).

Czytelny podpis Osoby składającej wniosek

Pouczenie:

¹⁾ RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)(ogólne rozporządzenie dotyczące danych osobowych).

²⁾ Administrator może wymagać podania dodatkowych informacji pozwalających na weryfikację uprawnienia do złożenia ww. wniosku, w tym potwierdzenia tożsamości osoby składającej wniosek. Zakres każdego z ww. praw oraz sytuacje, w których może skorzystać osoba składająca wniosek, wynikają z przepisów prawa. To, z którego uprawnienia może skorzystać osoba składająca wniosek, zależeć będzie m.in. od podstawy prawnej wykorzystywania danych oraz celu ich przetwarzania.

³⁾ Administratorem danych osób wnioskujących jest Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna PUM sp. z o.o. Al. Powstańców Wielkopolskich 72 bud. 18, 70-111 Szczecin.

ADNOTACJE URZĘDOWE:

Potwierdzenie realizacji żądania:

(należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ·):

wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy: _____ adres: _____
_____ dnia: _____

wysłano za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres email: _____

odebrano osobiście

Ja niżej podpisany(a) potwierdzam odbiór dokumentów:

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

Tożsamość osoby odbierającej stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko:

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości/.....

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