

WNIOSEK O DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH

Miejscowość, data

.....

Oznaczenie wnioskującego*

.....

.....

.....

Oznaczenie administratora

OTOLARYNGOLOGDZY24 SP.Z O.O.

NOWOGRODZKA 10 LOK. 5

00-511 WARSZAWA

Na podstawie art. 15 ust. 3 Rozporządzenia 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) wnoszę o dostarczenie mi przetwarzanych przez Państwa kopii moich danych osobowych.**

Proszę o przekazanie informacji w następujący sposób:

- w formie papierowej na adres:
- drogą elektroniczną:.....
- odbiór osobisty

podpis wnioskodawcy

.....

*zakres danych powinien pozwolić na jednoznaczną identyfikację pacjenta (np. imię i nazwisko, nr PESEL)

**można wskazać zakres danych, np. zakres czasowy