

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o > wniosek o realizację praw osoby, której dane dotyczą**

**WZÓR - WNIOSEK O REALIZACJĘ PRAW OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ  
zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO)**

Wniosek składany jest do spółki: **Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o.**  
z siedzibą przy ulicy Chorzowskiej 38, 41-605 Świątchłowice.

**Dane identyfikacyjne osoby:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania:

Miejscowość: .....

ul. .... nr ..... lok. ....

Kod pocztowy .....-

poczta .....

Adres do korespondencji (inny niż zamieszkania):

.....

.....

Numer telefonu/ adres e-mail:

.....

**Rodzaj wnioskowanej informacji (proszę o zaznaczenie punktu, którego dotyczy wniosek):**

1. **Dostęp do danych** (w tym do uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o.
2. **Sprostowanie, uzupełnienie danych** - proszę o podanie zakresu danych osobowych podlegających sprostowaniu lub uzupełnieniu oraz podstawy sprostowania. Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o. zrealizuje prawo po przedstawieniu przez wnioskodawcę dokumentów potwierdzających żądanie lub po złożeniu dodatkowego oświadczenia.
3. **Ograniczenie przetwarzania danych** - proszę o uzasadnienie ograniczenia – Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o. ograniczy przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy do czasu weryfikacji uzasadnienia, w tym czasie spółka będzie jedynie przechowywać dane.

4. **Usunięcie danych** (prawo do usunięcia danych) zostanie zrealizowane z uwzględnieniem celów przetwarzania oraz okresów przechowywania wynikających z zasad retencji danych osobowych zgodnych z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa).
5. **Przenoszenie danych** - proszę o podanie danych teleadresowych nowego administratora – prawo do przeniesienia danych Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o. zrealizuje zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa; prawo to zostanie zrealizowane po złożeniu przez wnioskodawcę oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeniesienie danych do innego administratora.
6. **Sprzeciw** - proszę o podanie wobec jakiego celu przetwarzania wnioskodawca wnosi sprzeciw i podanie przyczyn związanych z jego szczególną sytuacją – prawo do sprzeciwu Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o. zrealizuje zgodnie ze wskazanym we wniosku celem przetwarzania po podaniu przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wnioskodawcy.

**Opis zgłoszonego żądania wraz ze wskazaniem ewentualnych zastrzeżeń**

.....

.....

.....

.....

.....

**Informacja o preferowanej formie odpowiedzi, jeśli kanał odpowiedzi ma być inny niż zgłoszone żądanie.**

.....

.....

**Data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika\*:**

.....

**Podpis i pieczęć osoby przyjmującej wniosek:**

.....

*\* w przypadku zgłoszenia żądania przez pełnomocnika niezbędne jest dołączenie dokumentu pełnomocnictwa*