

.....
(data i miejscowość)

.....
.....
.....
.....
(imię, nazwisko, adres, PESEL)

Indywidualna Praktyka Lekarska
Marian Lech Malinowski
ul. Hansa Christiana Andersena 8/13
01-911 Warszawa
polityka.prywatnosci(@)marianmalinowski.pl

WNIOSEK O POTWIERDZENIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a na podstawie art. 15 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 wnoszę o pisemne potwierdzenie przetwarzania moich danych osobowych, a w szczególności o wskazanie następujących informacji:

- a) cele przetwarzania;
- b) kategorie odnośnych danych osobowych;
- c) informacje o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, w szczególności o odbiorcach w państwach trzecich lub organizacjach międzynarodowych;
- d) w miarę możliwości planowany okres przechowywania danych osobowych, a gdy nie jest to możliwe, kryteria ustalania tego okresu;
- e) informacje o prawie do żądania od administratora sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych dotyczącego osoby, której dane dotyczą, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania;
- f) informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;

g) informacje o źródłach danych;

h) informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu, a także o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach takiego przetwarzania.

Powyższe informacje proszę przesłać na następujący adres pocztowy/
elektroniczny.....

Z poważaniem,

.....