……..
(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 PRZENIESIENIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a …… na podstawie art. 20 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 przeniesienie moich danych osobowych, tj. ……..……..

……..……..

……

……

……

……

Uprzejmie proszę o przesłanie powyższych danych na następujący adres pocztowy/elektroniczny……...

Z poważaniem,

……..