Suwałki data ..........

**WNIOSEK O POTWIERDZENIE PRZETWARZANIA**

**DANYCH OSOBY**

................................................

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

..................................................

dane kontaktowe

**Do Dyrektora**

**Wojewódzkiej Stacji**

**Pogotowia Ratunkowego**

**SP ZOZ**

**w Suwałkach**

ul. Adama Mickiewicza 11

16-400 Suwałki

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, wnioskuję o udzielenie informacji,czy przetwarzane są dane osobowe dotyczące mojej osoby.

W przypadku przetwarzania moich danych osobowych proszę o wskazanie informacji dot. przetwarzania zgodnie z art.15 w/w Rozporządzenia.

Informacje proszę przesłać zgodnie z podanymi przez mnie danymi kontaktowymi\* lub ustnie\* w ustalonym wcześniej terminie.

......................................................

podpis wnioskodawcy

\* właściwe podkreślić

Suwałki data ..........

**WNIOSEK O SPROSTOWANIE LUB UZUPEŁNIENIE**

**DANYCH OSOBOWYCH**

........................................

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.........................................

dane kontaktowe

**Do Dyrektora**

**Wojewódzkiej Stacji**

**Pogotowia Ratunkowego**

**SP ZOZ**

**w Suwałkach**

ul. Adama Mickiewicza 11

16-400 Suwałki

Na podstawie art.16 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, wnioskuję o sprostowanie\*/uzupełnienie\* danych osobowych dotyczące mojej osoby w zakresie:

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................

podpis wnioskodawcy

\* właściwe podkreślić

Suwałki data ..................

**WNIOSEK O USUNIĘCIE DANYCH**

**(PRAWO DO BYCIA ZAPOMNIANYM)**

........................................

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.........................................

dane kontaktowe

**Do Dyrektora**

**Wojewódzkiej Stacji**

**Pogotowia Ratunkowego**

**SP ZOZ**

**w Suwałkach**

ul. Adama Mickiewicza 11

16-400 Suwałki

Na podstawie art.17 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, wnioskuję o usunięcie danych osobowych dotyczące mojej osoby z powodu:

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................

podpis wnioskodawcy

Suwałki data ..................

**WNIOSEK O OGRANICZENIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

........................................

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.............................................

dane kontaktowe

**Do Dyrektora**

**Wojewódzkiej Stacji**

**Pogotowia Ratunkowego**

**SP ZOZ**

**w Suwałkach**

ul. Adama Mickiewicza 11

16-400 Suwałki

Na podstawie art.18 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, wnioskuję o ograniczenie przetwarzania danych osobowych dotyczące mojej osoby z powodu:

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................

podpis wnioskodawcy

Suwałki data ..................

**WNIOSEK DOTYCZĄCY SPRZECIWU WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

........................................

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.........................................

dane kontaktowe

**Do Dyrektora**

**Wojewódzkiej Stacji**

**Pogotowia Ratunkowego**

**SP ZOZ**

**w Suwałkach**

ul. Adama Mickiewicza 11

16-400 Suwałki

Na podstawie art.21 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 sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych dotyczące mojej osoby z powodu:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................

podpis wnioskodawcy

Suwałki data ..........

**WNIOSEK O PRZENIESIENIE DANYCH OSOBY**

................................................

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

..................................................

dane kontaktowe

**Do Dyrektora**

**Wojewódzkiej Stacji**

**Pogotowia Ratunkowego**

**SP ZOZ**

**w Suwałkach**

ul. Adama Mickiewicza 11

16-400 Suwałki

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 przetwarzanych przez Wojewódzka Stację Pogotowia ratunkowego SP ZOZ w Suwałkach do innego administratora danych tj.:

.........................................................................................................................................

Proszę o potwierdzenie przeniesienia moich danych osobowych:

w formie papierowej na adres: ....................................................................................

drogą elektroniczną:.....................................................................................................

......................................................

podpis wnioskodawcy