Številka zahtevka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZAHTEVEK ZA DOSTOP DO INFORMACIJ

Skladno s Splošno uredbo o varstvu osebnih podatkov, družba Lentismed d.o.o. omogoča uveljavljanje pravic do dostopa do vaših osebnih podatkov, ki se nahajajo v naših sistemih. Da bi nam pomagali pri iskanju potrebnih podatkov, vas prosimo, da izpolnite naslednje:

Ime in priimek posameznika:

EMŠO:

Pravica, ki jo želite uveljavljati: - seznanitev s podatki - prenosljivost podatkov

* popravek - ugovor
* izbris - avtomatsko odločanje in
* omejitev obdelave profiliranje

Način dostave odgovora: - e-pošta - navadna pošta

Naslov (e-naslov ali poštni naslov):

Za katero podjetje Skupine Dalekovod se vlaga zahtevek:

Opis zahtevka:

Podpis:

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OPOMBA:

Osebni podatki, zbrani s tem obrazcem, se bodo uporabljali izključno za namen identificiranja vaših podatkov. Morda ti podatki ne bodo zadostovali, zato vas lahko po potrebi kontaktiramo za dodatne informacije, da bi lahko z zanesljivostjo locirali vaše podatke. Čeprav se bomo potrudili za čimprejšnjo izpolnitev vašega zahtevka, bo to morda zahtevalo dodatna prizadevanja in v takšnih primerih vas bomo o tem obvestili skladno z določbami Splošne uredbe o varstvu osebnih podatkov.

Številka zahtevka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IZJAVA POSAMEZNIKA:

Zavedam se, da je vsak poskus goljufije odgovornost posameznega vlagatelja zahtevka, ki se posledično prijavi pristojnim organom.

Potrjujem, da razumem pogoje zahtevka in da so podatki točni. Razumem, da je potrebno potrditi mojo identiteto in da bom morda kontaktiran glede dodatnih informacij za namen lociranja mojih osebnih podatkov.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_