

Приложение №8.1 към ВПЗЛД*

№.....

(попълва се служебно)

ДО
„СБАЛ - Гръбначен център“ АД

ЗАЯВЛЕНИЕ

за упражняване на права от субект на данни

1. Информация за физическото лице, субект на данни

Данни на физическото лице.	
Три имена	
Уникален идентификатор	
ЕГН/ЛНЧ	
Друг	
Данни за контакт	
Жител на	Гр./с.
Постоянен адрес	Ул.
Телефонен номер	
Е-mail	
Допълнителни данни за идентификация (лични документи или друга информация, която недвусмислено потвърждава самоличността)	

2. Представител на субекта на данни

Действате ли като представител от името на физическото лице?	НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
Ако „Да”, моля, посочете в качеството си на какъв (например родител, настойник, попечител, упълномощен представител)	
Данни на представителя:	
Три имена, ЕГН	
Данни за контакт	
Постоянен адрес	
Телефонен номер	
Е-mail	
Допълнителни данни за идентификация на представителя:	<i>Моля, приложете доказателства, че сте законно упълномощени да получавате тази информация (заверено пълномощно, удостоверение за назначаване на настойник/попечител и др.)</i>

Не всички полета са задължителни за попълване. Достатъчно е да се попълнят толкова, че да се гарантира еднозначното разпознаване на лицето.

*Вътрешни правила за защита на личните данни в „СБАЛ - Гръбначен център“ АД

3. Съдържание на искането за упражняване на права

Права, за които се отнася искането:		Описание на искането
За достъп до информацията	ДА <input type="checkbox"/>	(Посочва се информацията, която субектът на данни иска да му бъде предоставена) - целите на обработването на моите лични данни; - категориите мои лични данни, които се обработват; - получателите, пред които са разкрити или ще бъдат разкрити мои лични данни; - срокът, за който ще се съхраняват личните ми данни от „СБАЛ - Гръбначен център“ АД; - източника, от който сте придобили моите лични данни; - съществува ли профилиране и автоматично вземане на решение спрямо мен.
За коригиране	ДА <input type="checkbox"/>	(Посочват се данните, за които се иска да бъдат коригирани)
За изтриване (право „да бъдеш забравен“)	ДА <input type="checkbox"/>	(Посочват се основанията на субекта на данните за упражняване на това право)
За преносимост на данните	ДА <input type="checkbox"/>	(Посочват се основанията на субекта на данните за упражняване на това право)
За ограничаване на обработването	ДА <input type="checkbox"/>	(Посочват се основанията на субекта на данните за упражняване на това право)
Възражение срещу обработване	ДА <input type="checkbox"/>	(Посочват се основанията на субекта на данните за упражняване на това право)

4. Формат на получаване на исканата информация

Писмена справка на хартиен носител	ДА <input type="checkbox"/>
Устна справка	ДА <input type="checkbox"/>
Копие на хартиен носител	ДА <input type="checkbox"/>
Копие на технически носител	ДА <input type="checkbox"/>

Съгласен съм предаването/получаването на исканата информация да бъде отразено в съответен Протокол.

Дата: __. __. __ г.

Подпис, имена: _____

Разгледано искане:

Дата: _____ Длъжностно лице по защита на данните: Подпис: _____
Имена: (_____)