

Białystok,

UZYSKANIE OD ADMINISTRATORA POTWIERDZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBY,
KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
dane kontaktowe

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Białymstoku
im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego

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 przeze mnie danymi kontaktowymi lub ustnie w ustalonym wcześniej terminie.

.....
(data, podpis wnioskodawcy)