

Białystok,

WNIOSEK O SPROSTOWANIE LUB UZUPEŁNIENIE DANYCH OSOBOWYCH

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
dane kontaktowe

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

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 dotyczących mojej osoby w zakresie:

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

.....
(data, podpis wnioskodawcy)