

Białystok,

WNIOSEK O PRZENIESIENIE DANYCH OSOBOWYCH*

.....
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. 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 wnioskuję o przeniesienie danych dotyczących mojej osoby innemu administratorowi:

.....
.....
(wskazać nazwę i dane kontaktowe administratora)

.....
(data, podpis wnioskodawcy)

**Prawo do przeniesienia danych osobowych nie ma zastosowania do przetwarzania, które jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.*