

DOKUMENTACJA SYSTEMU ZARZĄDZANIA
BEZPIECZEŃSTWEM DANYCH OSOBOWYCH



PROCEDURA NR: 15

NR WYDANIA:

DATA:

PROCEDURA REALIZACJI PRAWA DO INFORMACJI OSOBY FIZYCZNEJ W BELLAVITA SP. Z O.O.

WNIOSEK OSOBY

Wypełnia Administrator Danych

Numer Wniosku
Data wpływu:

Miejscowość: Data

WNIOSEK OSOBY FIZYCZNEJ O REALIZACJĘ PRAWA DO:

<input type="checkbox"/>	INFORMACJI I DOSTĘPU DO DANYCH
<input type="checkbox"/>	UZYSKANIA KOPII DANYCH
<input type="checkbox"/>	MODYFIKACJI I SPROSTOWANIA DANYCH
<input type="checkbox"/>	OGRANICZENIA PRZETWARZANIA DANYCH
<input type="checkbox"/>	SPRZECIWIENIA SIĘ FAKTOWI PRZETWARZANIA DANYCH
<input type="checkbox"/>	USUNIĘCIA DANYCH (PRAWO DO „BYCIA ZAPOMNIANYM”)
<input type="checkbox"/>	NIEPODLEGANIA PROFILOWANIU
<input type="checkbox"/>	PRZENIESIENIA DANYCH DO INNEGO ADMINISTRATORA

Proszę zaznaczyć X właściwy zakres

Działając na podstawie artykułu 12-22 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, proszę o realizację moich praw w związku z przetwarzaniem Danych Osobowych w procesie przetwarzania:

.....
Proszę określić w przybliżeniu zbiór danych np. pracowników, kontrahentów, inne..

Dane osoby wnioskującej do identyfikacji w zbiorach Administratora Danych:

Imię	.....	Nazwisko	.....
PESEL	.....	Seria i nr . dowodu	.....
Adres	.....	mail	.....
		telefon	.....

Podane dane są niezbędne do prawidłowej i pełnej identyfikacji osoby wnioskującej

Dodatkowe informacje umożliwiające identyfikację osoby w zbiorach Administratora Danych:

np. NIP, okres zatrudnienia,

.....
.....

Uzasadnienie wniosku:

Proszę wpisać z jakiego powodu wnoszony jest wniosek o realizację tego prawa, np. ustalić cel przetwarzania, dane przetwarzano niezgodnie z prawem, sprawdzenie poprawności posiadanych przez Administratora danych osobowych, w celu postępowania sądowego, w celu przeniesienia danych.

.....
.....

Wnioskowany sposób odbioru:

Pocztą elektroniczną na adres	..........
Osobiście w siedzibie Administratora	..........
Listem poleconym na adres	..........

Załączam pełnomocnictwo do odbioru danych: TAK NIE

Inny załącznik:

.....

data, miejscowość i podpis osoby wnioskującej

1. Prosimy wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Informujemy, że Państwa dane nie będą przetwarzane w żadnych innych celach poza realizacją składanego przez Państwa niniejszego wniosku, a w przypadku braku danych w zbiorach, nie zostaną utrwalone.
3. Administrator Danych ma prawo odmówić przekazania danych lub zmienić formę odbioru w sytuacji, kiedy nie jest w stanie prawidłowo zidentyfikować osoby wnioskującej.
4. W sytuacji, kiedy żądania osoby zostaną uznane za nadmierne lub nieuzasadnione, Administrator Danych może pobrać opłatę stosowną do kosztów udzielenia odpowiedzi, informując wcześniej osobę wnioskującą o wysokości opłaty.