

Załączniki:

Załącznik nr 1

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH**

(na podstawie art. 15 Ogólnego Rozporządzenia Ochrony Danych Osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku) wnoszę o udostępnienie moich danych osobowych przetwarzanych przez Administratora: Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, ul. Słowiańska nr 41, w zbiorze:

Pacjent       Pracownik       Kontrahent       Inny (jaki?).....

Proszę o wskazanie – zaznaczenie właściwego pola „X”:

Art. 15 Ust. 1	TAK	NIE
Celu przetwarzania		
Kategorie dotyczących danych osobowych		
Informacje o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, w szczególności o odbiorcach w państwach trzecich lub organizacjach międzynarodowych		
Planowany okres przechowywania danych osobowych		
Źródle danych		
Inne		

Zgodnie z art. 15 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku 2016/679 (RODO), zwracam się z wnioskiem o udostępnienie.

.....

.....

Data

Podpis

Wypełniony i podpisany wniosek należy odesłać na adres:

e-mail: iodventriculus@rcp.poznan.pl

## Załącznik nr 2

### WNIOSEK O USUNIĘCIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ OSOBĘ KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

(na podstawie art. 17 Ogólnego Rozporządzenia Ochrony Danych Osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku) w zbiorze:

Pacjent

Pracownik

Kontrahent

Inny (jaki?).....

Proszę podać tylko te dane, które zostały przekazane Administratorowi: Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, ul. Słowiańska nr 41

Imię i nazwisko	
Adres	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
PESEL	
Inne	

Zgodnie z art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku 2016/679 (RODO), zwracam się z wnioskiem o zaprzestanie przetwarzania moich danych osobowych oraz niezwłoczne usunięcie moich danych ze zbioru Administratora, ponieważ *(proszę zaznaczyć właściwą przesłankę)*:

- Moje dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane.
- Cofam zgodę, na której opiera się to przetwarzanie zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. A RODO lub art. 9 ust. 2 lit. A RODO i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania.
- Wnoszę sprzeciw na mocy art. 21 ust. 1 RODO wobec przetwarzania w związku z moją szczególną sytuacją.
- Moje dane osobowe były przetwarzane niezgodnie z prawem.

- Dane osobowe muszą zostać usunięte w celu wywiązania się z obowiązku prawnego przewidzianego w prawie Unii lub prawie państwa członkowskiego, któremu podlega administrator.

**\*Wnoszę/nie wnoszę o poinformowanie innych administratorów, którym Administrator – Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, ul. Słowińska nr 41 udostępnił moje dane osobowe o obowiązku ich usunięcia.**

.....

Data

.....

Podpis

*Wypełniony i podpisany wniosek należy odesłać na adres:*

*e-mail: [iodventriculus@rcp.poznan.pl](mailto:iodventriculus@rcp.poznan.pl)*

## Załącznik nr 3

**WNIOSEK O SPROSTOWANIE DANYCH OSOBOWYCH**

(na podstawie art. 16 Ogólnego Rozporządzenia Ochrony Danych Osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku)

Zgodnie z art. 16 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku 2016/679 (RODO), zwracam się z wnioskiem o sprostowanie moich danych osobowych przetwarzanych przez Administratora: **Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, ul. Słowiańska nr 41.**

*Proszę podać tylko te dane, które zostały przekazane.....*

Kategorie danych	Dane obecnie znajdujące się w zbiorze	Dane prawidłowe
Imię i nazwisko		
Adres		
Nr telefonu		
Adres e-mail		
PESEL		
Inne		

.....  
Data.....  
Podpis

---

Wypełniony i podpisany wniosek należy odesłać na adres:

e-mail: [iodventriculus@rcp.poznan.pl](mailto:iodventriculus@rcp.poznan.pl)

Załącznik nr 4

**ŻĄDANIE OGRANICZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH****PRZEZ OSOBĘ KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

(na podstawie art. 18 Ogólnego Rozporządzenia Ochrony Danych Osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku )

Proszę podać tylko te dane, których dotyczy żądanie skierowane do Leszczyńskiego Centrum Medycznego VENTRICULUS Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, ul. Słowiańska nr 41

Imię i nazwisko	
Adres	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
PESEL	
Inne	

Zgodnie z art. 18 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku 2016/679 (RODO), żądam ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych przez okres:

- pozwalający administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych – tym samym kwestionuję prawidłowość danych osobowych;
- przetwarzanie jest niezgodne z prawem jednak sprzeciwiam się usunięciu moich danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania przez okres ..... m-cy / do momentu wycofania niniejszego żądania;
- potrzebny mi do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- wniesionego przeze mnie sprzeciwu wobec przetwarzania na mocy art. 21 ust. 1 – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.
- 

\* Na Pani/Pana wniosek, ograniczenie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, może zostać cofnięte w każdym czasie.

.....

.....

Data

Podpis

Wypełniony i podpisany wniosek należy odesłać na adres:

e-mail: [iodventriculus@rcp.poznan.pl](mailto:iodventriculus@rcp.poznan.pl)

**Załącznik nr 5**

**ŻĄDANIE OGRANICZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH  
PRZEZ OSOBĘ KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

(na podstawie art. 18 Ogólnego Rozporządzenia Ochrony Danych Osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku )

**Proszę podać tylko te dane, których dotyczy żądanie skierowane do Leszczyńskiego Centrum Medycznego VENTRICULUS Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, ul. Słowiańska nr 41**

Imię i nazwisko	
Adres	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
PESEL	
Inne	

Zgodnie z art. 18 Ogólnego Rozporządzenia O Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku 2016/679(RODO), żądam ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych przez okres:

- pozwalający Administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych – tym samym kwestionuję prawidłowość danych osobowych;
- przetwarzanie jest niezgodne z prawem jednak sprzeciwiam się usunięciu moich danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania przez okres ..... m-cy / do momentu wycofania niniejszego żądania;
- potrzebny mi do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- wniesionego przeze mnie sprzeciwu wobec przetwarzania na mocy art. 21 ust. 1 – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.

\* Na Pani/Pana wniosek, ograniczenie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, może zostać cofnięte w każdym czasie.

.....

.....

Data

Podpis

Wypełniony i podpisany wniosek należy odesłać na adres:

e-mail: [iodventriculus@rcp.poznan.pl](mailto:iodventriculus@rcp.poznan.pl)

**Załącznik nr 6****INFORMACJA DLA PODMIOTU, KTÓREMU UDOSTĘPNIONO DANE OSOBOWE**

**(na podstawie art. 16, 17, 18 Ogólnego Rozporządzenia Ochrony Danych Osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku )**

Do Administratora Danych Osobowych: ..... ( nazwa i adres).

W związku z udostępnieniem przez Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, przy ul. Słowiańskiej 41, danych osobowych, niżej wskazanej osoby fizycznej:

Imię i nazwisko	
Adres	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
PESEL	
Inne	

W związku z udostępnieniem Państwu danych dotyczących wskazanej powyżej osoby fizycznej, niniejszym informujemy, że wpłynął do nas:

wniosek o sprostowanie jej danych (zgodnie z art. 16 RODO);

- wniosek o usunięcie jej danych (zgodnie z art. 17 ust. 1 lit. \*A/ B/ C/ D/ E/ F RODO);
- żądanie ograniczenia przetwarzania jej danych przez okres (zgodnie z art. 18 RODO):
  - pozwalający administratorowi sprawdzić prawidłowość tych danych – tym samym kwestionuję prawidłowość danych osobowych;
  - przetwarzanie jest niezgodne z prawem jednak sprzeciwiam się usunięciu moich danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania przez okres ..... m-cy / do momentu wycofania niniejszego żądania;
  - potrzebny mi do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
  - wniesionego przeze mnie sprzeciwu wobec przetwarzania na mocy art. 21 ust. 1 – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą.

.....  
Data

.....  
Podpis Administrator / IOD