

Białystok, data

**UZYSKANIE OD ADMINISTRATORA POTWIERDZENIA PRZETWARZANIA DANYCH
OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
dane kontaktowe

DO DYREKTORA
SP ZOZ WSPR
W BIAŁYMSTOKU
UL. POLESKA 89

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 przez mnie danymi kontaktowymi* lub ustnie* w ustalonym wcześniej terminie.

.....
podpis wnioskodawcy

* właściwe podkreślić