

Białystok, data

**WNIOSEK O SPROSTOWANIE LUB UZUPEŁNIENIE DANYCH OSOBOWYCH**

.....  
*Imię i Nazwisko wnioskodawcy*

.....  
*dane kontaktowe*

DO DYREKTORA  
SP ZOZ WSPR  
W BIAŁYMSTOKU  
UL. POLESKA 89

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 dotyczące mojej osoby w zakresie:

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

.....  
podpis wnioskodawcy

\* właściwe podkreślić