

OBRAZAC ZAHTJEVA ZA OSTVARENJE PRAVA ISPITANIKA

Voditelj obrade podataka

SPECIJALNA BOLNICA ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU
„BIOKOVKA“ MAKARSKA, Put Cvitačke 9

e-mail: ravnateljstvo@biokovka.hr

FAX: 021 612 493

Podaci o osobi (ispitaniku) koja želi ostvariti prava vezana uz zaštitu osobnih podataka

Ime i prezime

OIB (osobni identifikacijski broj)

Adresa prebivališta

Ispitanici mogu od "Biokovke" zahtijevati (zaokružiti redni broj):

1. Pravo na pristup informacijama
2. Pravo na ispravak
3. Pravo na brisanje
4. Pravo na ograničenje obrade
5. Pravo na prenosivost podataka
6. Pravo na prigovor

Obrazloženje:

Datum: _____

Potpis ispitanika _____

Podaci o zaprimanju zahtjeva (ispunjava ovlaštena osoba za obradu podataka u „Biokovci“)

Datum zaprimanja

Ime, prezime i potpis ovlaštene osobe