
(duomenų subjekto vardas, pavardė, gimimo data ar asmens kodas, kiti duomenys duomenų subjekto tapatybei nustatyti)

(duomenų subjekto kontaktiniai duomenys ryšiui palaikyti (adresas, telefono numeris ar el. pašto adresas)

(atstovo vardas, pavardė, jeigu prašymą pateikia duomenų subjekto atstovas)

(atstovo kontaktiniai duomenys ryšiui palaikyti (adresas, telefono numeris ar el. pašto adresas)

(atstovavimo pagrindas (įgaliojimus patvirtinančio dokumento data ir numeris)¹)

Viešajai įstaigai Šeškinės poliklinikai

Šeškinės g. 24, LT- 07156 Vilnius

PRAŠYMAS

DĖL DUOMENŲ SUBJEKTO TEISĖS (-IŲ) ĮGYVENDINIMO

(data)

(vieta)

1. Prašau įgyvendinti šią (šias) mano, kaip duomenų subjekto, teisę (-es)

(tinkamą langelį pažymėkite x):

- Teisę gauti informaciją apie duomenų tvarkymą
- Teisę susipažinti su duomenimis

¹ Jeigu prašymą pateikia duomenų subjekto atstovas, kartu turi būti pridedamas atstovo įgaliojimus patvirtinantis dokumentas.

2. _____.
3. _____.
4. _____.

(parašas)

(vardas, pavardē)