

**WNIOSEK O REALIZACJĘ PRAW OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM CENTRUM  
MEDYCZNYM SP. Z O.O.**

....., dnia .....

Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Braniewie  
ul. Moniuszki 13  
14-500 Braniewo

Imię i nazwisko osoby wnioskującej:							
Adres zamieszkania osoby wnioskującej:							
Adres e-mail osoby wnioskującej:							
Informacje identyfikujące osobę wnioskującą:							
Sposób odbioru danych osobowych przez osobę wnioskującą:*				Wiadomość e-mail:	Doręczenie pocztą:	Odbiór osobisty:	
<b>1. Wniosek o realizację:*</b>							
Prawa dostępu do danych:	Prawa do sprostowania danych:	Prawa do usunięcia danych:	Prawa do ograniczenia przetwarzania:	Prawa do przeniesienia danych do innego administratora:	Prawa do sprzeciwu:	Prawa do niepodlegania profilowaniu:	
<b>2. Dodatkowe uwagi osoby wnioskującej:</b>							
...							

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

\*właściwie zaznaczyć