_____

(Vardas (-ai), pavardė (-ės))

_____

(Adresas)

_____ _____

(Telefonas) *(Elektroninio pašto adresas)*

UAB Medicinos bankui
Pamėnkalnio g. 40, LT-01114 Vilnius

PRAŠYMAS
DĖL DUOMENŲ SUBJEKTO TEISIŲ ĮGYVENDINIMO

20_____-_____-_____

_____

(vieta)

Vadovaujantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento (ES) 2016/679 nuostatomis, prašau įgyvendinti žemiau nurodytą (-as) mano, kaip duomenų subjekto, teisę (-es) *(tinkamą pažymėti X)*:

☐ teisę susipažinti su asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi;

☐ teisę reikalauti ištaisyti netikslius arba papildyti neišsamius asmens duomenis;

☐ teisę reikalauti ištrinti asmens duomenis („teisė būti pamirštam“);

☐ teisę reikalauti apriboti asmens duomenų tvarkymą;

☐ teisę į duomenų perkeliamumą;

☐ teisę nesutikti su asmens duomenų tvarkymu;

☐ teisę reikalauti, kad nebūtų taikomas tik automatizuotu asmens duomenų tvarkymu, įskaitant profiliavimą, grindžiamas sprendimas.

Prašymo esmė *(nurodykite, ko konkrečiai prašote, taip pat Jūsų prašomos (-ų) teisės (-ių) įgyvendinimo aplinkybes, kokia apimtimi pageidaujate įgyvendinti savo teisę (-es) ir kitą su Jūsų prašymu susijusią informaciją)*:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

PRIDEDAMA:
1. _____;
2. _____;
3. _____.

Atsakymą pageidauju gauti *(pažymėti vieną)*:

☐ UAB Medicinos banko padalinyje ☐ registruotu paštu ☐ internetinėje bankinėje sistemoje

_____ _____

(vardas, pavardė) *(parašas)*

PILDO UAB MEDICINOS BANKO DARBUOTOJAS:

Banko padalinys:	
Banko darbuotojo vardas, pavardė, parašas:	
Dokumento priėmimo data ir laikas:	