

MEDICINOS BANKAS

(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:	