SPITALUL MUNICIPAL
"DR. TEODOR ANDREI"
LUGOJ

Nr. inregistrare:

Formularul de solicitare acces

Dacă solicitați date cu caracter personal despre dumneavoastră, este necesar să furnizați o dovadă a identității împreuna cu acest formular.

Dacă solicitați date cu caracter personal în numele unei alte persoane vizate, este necesar să descrieți relația cu persoana vizată, să transmiteți solicitarea scrisă și semnată a acestuia și o copie a dovezii identității dumneavoastră împreună cu acest formular.

Detalii persoană vizată

Nume si prenume	
CNP	
Telefon / E-mail	
Adresa	
Descrierea detaliată solicitare:	
Detalii suplimentare solicitare:	

Date de identificare și contact (terță parte)

Nume si prenume	
Telefon / E-mail	
Adresa	
Relația cu persoana vizată:	

Declarație

Certific că informațiile furnizate în acest formular sunt corecte ținând cont de informațiile deținute. Sunt de acord cu faptul că organizația va lua măsuri rezonabile pentru a stabili identitatea înainte de eliberarea datelor cu caracter personal.
Solicit organizației să îmi furnizeze o copie a datelor cu caracter personal referitoare la persoana vizată a acestui formular.
Am anexat următoarele:

- ☐ O copie a dovezii de identitate a persoanei vizate
- ☐ O copie a dovezii de identitate a terței părți

Nume și prenume	Semnătura	Data

Trimiteți formularul completat la: dpo@smlugoj.ro