

PATVIRTINTA

VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centro
vyriausiojo gydytojo

2018 m. lapkričio 5 d. įsakymu Nr. V-99

Ši duomenų subjekto apklausos forma yra skirta padėti VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centrui, kaip duomenų valdytojui, surasti Jūsų asmens duomenis.

Jūsų prašoma informacija arba informacija apie veiksmus, kurių buvo imtasi gavus Jūsų prašymą, Jums bus pateikta arba veiksmai bus atlikti per 1 mėn. nuo Jūsų prašymo gavimo dienos. Šis laikotarpis prireikus galės būti pratęstas ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams, atsižvelgiant į prašymo sudėtingumą ir gautų prašymų skaičių, tačiau tokiu atveju VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.

VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras
Taikos pr. 46, 91213 Klaipėda

P R A Š Y M A S

SUSIPAŽINTI SU TVARKOMAIS ASMENS DUOMENIMIS

201__ m. _____ mėn. ____ d.

1. Duomenų subjekto duomenys

(žemiau prašome nurodyti savo asmens duomenis, kurie mums padės nustatyti Jūsų tapatybę bei pateikti prašomą informaciją ar susisiekti su Jumis)

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	
Duomenų subjekto kategorija	<input type="checkbox"/> esamas darbuotojas; <input type="checkbox"/> buvęs darbuotojas; <input type="checkbox"/> kandidatas į darbo vietą; <input type="checkbox"/> pacientas; <input type="checkbox"/> kita;

2. Duomenų subjekto atstovo duomenys

(žemiau prašome nurodyti duomenų subjekto atstovo duomenis, jeigu prašymą duomenų subjektas teikia per atstovą)

Vardas	
Pavardė	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	

Atstovavimą pagrindžiantis dokumentas (pažymėti) (<input type="checkbox"/> kopija)	<input type="checkbox"/> notarinis įgaliojimas; <input type="checkbox"/> atstovavimo sutartis; <input type="checkbox"/> vaiko dokumento liudijimas (jei prašymą teikia nepilnamečio vaiko tėvas/motina, kaip jo įstatyminis atstovas); <input type="checkbox"/> kita;
---	---

3. Duomenų subjekto prašymas

Vadovaudamasis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento 15 str. nuostatomis, prašau man pateikti rašytinę ataskaitą, kurioje būtų nurodyta, kokie mano asmens duomenys yra tvarkomi VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centre, kokie jų tvarkymo tikslai, numatomas duomenų saugojimo laikotarpis ir kita. (Nurodykite, ko konkrečiai prašote ir pateikite kiek įmanoma daugiau informacijos, kuri leistų tinkamai įgyvendinti Jūsų teisę (-es) (pvz. *Konkretus laikotarpis, ankstesnis vardas ir pavardė (jei keitėsi) ir pan.*).

4. Atsakymo gavimo būdas

Atsakymą pageidauju gauti*

_____ .
(nurodyti būdą ir adresą, pvz., el. paštu, gyvenamuoju adresu ir pan.)

5. Pateikiamas duomenų subjekto tapatybę patvirtinantis dokumentas (kopija)

Asmens tapatybės kortelė;

pasas

Kitas dokumentas (nurodyti): -----

Pasirašydama (-as) patvirtinu, kad šiame prašyme pateikta informacija yra teisinga:

_____ .
(Duomenų subjekto ar jo atstovo vardas ir pavardė)

_____ .
(parašas)

* Tuo atveju, jeigu pageidaujamo būdo atsakymui gauti nenurodysite, atsakymą į prašymą pateiksime tokia pačia forma, kokia gavome Jūsų prašymą. Jeigu dėl objektyvių priežasčių negalėsime atsakyti Jums pateikti Jūsų pasirinktu būdu, atsakymą pateiksime registruoti paštu Jūsų nurodytu korespondencijos adresu.

PATVIRTINTA
VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centro
vyriausiojo gydytojo
2018 m. lapkričio 5 d. įsakymu Nr. V-99

Ši duomenų subjekto apklausos forma yra skirta padėti VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centrui, kaip duomenų valdytojui, surasti Jūsų asmens duomenis.

Jūsų prašoma informacija arba informacija apie veiksmus, kurių buvo imtasi gavus Jūsų prašymą, Jums bus pateikta arba veiksmai bus atlikti per 1 mėn. nuo Jūsų prašymo gavimo dienos. Šis laikotarpis prireikus galės būti pratęstas ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams, atsižvelgiant į prašymo sudėtingumą ir gautų prašymų skaičių, tačiau tokiu atveju VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.

P R A Š Y M A S

IŠTAISYTI NETIKSLIUS IR/ARBA PAPILDYTI NEIŠSAMIOUS ASMENS DUOMENIS

201__ m. _____ mėn. _____ d.

1. Duomenų subjekto duomenys

(žemiau prašome nurodyti savo asmens duomenis, kurie mums padės nustatyti Jūsų tapatybę bei pateikti prašomą informaciją ar susisiekti su Jumis)

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	
Duomenų subjekto kategorija	<input type="checkbox"/> esamas darbuotojas; <input type="checkbox"/> buvęs darbuotojas; <input type="checkbox"/> kandidatas į darbo vietą; <input type="checkbox"/> pacientas; <input type="checkbox"/> kita;

2. Duomenų subjekto atstovo duomenys

(žemiau prašome nurodyti duomenų subjekto atstovo duomenis, jeigu prašymą duomenų subjektas teikia per atstovą)

Vardas	
Pavardė	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	
Atstovavimą pagrindžiantis dokumentas (pažymėti)(<input type="checkbox"/> kopija)	<input type="checkbox"/> notarinis įgaliojimas; <input type="checkbox"/> atstovavimo sutartis; <input type="checkbox"/> vaiko dokumento liudijimas (jei prašymą teikia nepilnamečio vaiko tėvas/motina , kaip jo įstatyminis atstovas); <input type="checkbox"/> kita;

3. Duomenų subjekto prašymas

Vadovaudamasis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento 16 str. nuostatomis, prašau ištaisyti netikslus ir/arba papildyti neišsamius VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centre tvarkomus mano asmens duomenis. Teikiu šiuos savo asmens duomenis, kurie yra netikslūs ir kuriuos būtina ištaisyti ir/arba papildyti į mano pateikiamus:

Netikslūs asmens duomenys	Tikslūs asmens duomenys

(galite užpildyti žemiau esantį lauką, nurodydami kokius neišsamius Jūsų asmens duomenis norite papildyti)

(nurodyti kokie pateikiami įrodymai, patvirtinantys, kad tvarkomi duomenų subjekto duomenys yra netikslūs ar neišsamūs)

4. Atsakymo gavimo būdas

Atsakymą pageidauju gauti*

_____ .
(nurodyti būdą ir adresą, pvz., el. paštu, gyvenamuoju adresu ir pan.)

5. Pateikiamas duomenų subjekto tapatybę patvirtinantis dokumentas (kopija)

Asmens tapatybės kortelė;

pasas

Kitas dokumentas (nurodyti):

Pasirašydama (-as) patvirtinu, kad šiame prašyme pateikta informacija yra teisinga:

(Duomenų subjekto ar jo atstovo vardas ir pavardė)

(parašas)

* Tuo atveju, jeigu pageidaujamo būdo atsakymui gauti nenurodysite, atsakymą į prašymą pateiksime tokia pačia forma, kokia gavome Jūsų prašymą. Jeigu dėl objektyvių priežasčių negalėsime atsakyti Jums pateikti Jūsų pasirinktu būdu, atsakymą pateiksime registruoti paštu Jūsų nurodytu korespondencijos adresu.

PATVIRTINTA
VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centro
vyriausiojo gydytojo
2018 m. lapkričio 5 d. įsakymu Nr.V-99

Ši duomenų subjekto apklausos forma yra skirta padėti VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centrui, kaip duomenų valdytojui, surasti Jūsų asmens duomenis.

Jūsų prašoma informacija arba informacija apie veiksmus, kurių buvo imtasi gavus Jūsų prašymą, Jums bus pateikta arba veiksmai bus atlikti per 1 mėn. nuo Jūsų prašymo gavimo dienos. Šis laikotarpis prireikus galės būti pratęstas ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams, atsižvelgiant į prašymo sudėtingumą ir gautų prašymų skaičių, tačiau tokiu atveju VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.

VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras

Taikos pr. 46, 91213 Klaipėda

P R A Š Y M A S

IŠTRINTI TVARKOMUS ASMENS DUOMENIS

201__ m. _____ mėn. ____ d.

1. Duomenų subjekto duomenys

(žemiau prašome nurodyti savo asmens duomenis, kurie mums padės nustatyti Jūsų tapatybę bei pateikti prašomą informaciją ar susisiekti su Jumis)

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	
Duomenų subjekto kategorija	<input type="checkbox"/> esamas darbuotojas; <input type="checkbox"/> buvęs darbuotojas; <input type="checkbox"/> kandidatas į darbo vietą; <input type="checkbox"/> pacientas; <input type="checkbox"/> kita;

2. Duomenų subjekto atstovo duomenys

(žemiau prašome nurodyti duomenų subjekto atstovo duomenis, jeigu prašymą duomenų subjektas teikia per atstovą)

Vardas	
Pavardė	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	

El.pašto adresas	
Atstovavimą pagrindžiantis dokumentas (pažymėti)(<input type="checkbox"/> kopija)	<input type="checkbox"/> notarinis įgaliojimas; <input type="checkbox"/> atstovavimo sutartis; <input type="checkbox"/> vaiko dokumento liudijimas (jei prašymą teikia nepilnamečio vaiko tėvas/motina , kaip jo įstatyminis atstovas); <input type="checkbox"/> kita;

3. Duomenų subjekto prašymas

Vadovaudamasis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento 17 str. nuostatomis, prašau nedelsiant ištrinti su manimi susijusius asmens duomenis dėl šių priežasčių:

(turi būti pažymėta bent viena iš žemiau nurodytų priežasčių)

asmens duomenys nebėra reikalingi, kad būtų pasiekti tikslai, kuriais jie buvo renkami arba kitaip tvarkomi;

atšauktas mano, kaip duomenų subjekto, sutikimas, kuriuo vadovaujantis buvo grindžiamas duomenų tvarkymas, ir nėra jokio kito teisinio pagrindo tvarkyti duomenis;

aš, kaip duomenų subjektas, nesutinku su savo asmens duomenų tvarkymu ir nėra viršesnių teisėtų priežasčių tvarkyti mano asmens duomenis;

nesutinku su savo asmens duomenų tvarkymu tiesioginės rinkodaros tikslais;

mano asmens duomenys buvo tvarkomi neteisėtai;

mano asmens duomenys turi būti ištrinti laikantis Europos Sąjungos teisės aktuose arba Lietuvos Respublikos teisės aktuose nustatytos teisinės prievolės.

4. Atsakymo gavimo būdas

Atsakymą pageidauju gauti*

_____ .
(nurodyti būdą ir adresą, pvz., el. paštu, gyvenamuoju adresu ir pan.)

5. Pateikiamas duomenų subjekto tapatybę patvirtinantis dokumentas (kopija)

Asmens tapatybės kortelė;

pasas

Kitas dokumentas (nurodyti):

Pasirašydama (-as) patvirtinu, kad šiame prašyme pateikta informacija yra teisinga:

(Duomenų subjekto ar jo atstovo vardas ir pavardė)

(parašas)

* Tuo atveju, jeigu pageidaujamo būdo atsakymui gauti nenurodysite, atsakymą į prašymą pateiksime tokia pačia forma, kokia gavome Jūsų prašymą. Jeigu dėl objektyvių priežasčių negalėsime atsakyti Jums pateikti Jūsų pasirinktu būdu, atsakymą pateiksime registruoti paštu Jūsų nurodytu korespondencijos adresu.

PATVIRTINTA
VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centro
vyriausiojo gydytojo
2018 m. lapkričio 5 d. įsakymu Nr. V-99

Ši duomenų subjekto apklausos forma yra skirta padėti VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centrui, kaip duomenų valdytojui, surasti Jūsų asmens duomenis.

Jūsų prašoma informacija arba informacija apie veiksmus, kurių buvo imtasi gavus Jūsų prašymą, Jums bus pateikta arba veiksmai bus atlikti per 1 mėn. nuo Jūsų prašymo gavimo dienos. Šis laikotarpis prireikus galės būti pratęstas ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams, atsižvelgiant į prašymo sudėtingumą ir gautų prašymų skaičių, tačiau tokiu atveju VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.

VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras

Taikos pr. 46, 91213 Klaipėda

P R A Š Y M A S

PERKELTI TVARKOMUS ASMENS DUOMENIS KITAM DUOMENŲ VALDYTOJUI

201__ m. _____ mėn. ____ d.

1. Duomenų subjekto duomenys

(žemiau prašome nurodyti savo asmens duomenis, kurie mums padės nustatyti Jūsų tapatybę bei pateikti prašomą informaciją ar susisiekti su Jumis)

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	
Duomenų subjekto kategorija	<input type="checkbox"/> esamas darbuotojas; <input type="checkbox"/> buvęs darbuotojas; <input type="checkbox"/> kandidatas į darbo vietą; <input type="checkbox"/> pacientas; <input type="checkbox"/> kita;

2. Duomenų subjekto atstovo duomenys

(žemiau prašome nurodyti duomenų subjekto atstovo duomenis, jeigu prašymą duomenų subjektas teikia per atstovą)

Vardas	
Pavardė	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	

El.pašto adresas	
Atstovavimą pagrindžiantis dokumentas (pažymėti)(<input type="checkbox"/> kopija)	<input type="checkbox"/> notarinis įgaliojimas; <input type="checkbox"/> atstovavimo sutartis; <input type="checkbox"/> vaiko dokumento liudijimas (jei prašymą teikia nepilnamečio vaiko tėvas/motina , kaip jo įstatyminis atstovas); <input type="checkbox"/> kita;

3. Duomenų subjekto prašymas

Vadovaudamasis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento 20 str. nuostatomis, prašau jūsų tvarkomus mano asmens duomenis, kuriuos jums esu pateikęs, susistemintus ir kompiuterio skaitomu formatu, persiųsti kitam duomenų valdytojui, t. y. įmonei

_____ .
(nurodyti duomenų valdytoją, kuriam turėtų būti persiųsti asmens duomenys)

4. Atsakymo gavimo būdas

Atsakymą pageidauju gauti*

_____ .
(nurodyti būdą ir adresą, pvz., el. paštu, gyvenamuoju adresu ir pan.)

5. Pateikiamas duomenų subjekto tapatybę patvirtinantis dokumentas (kopija)

Asmens tapatybės kortelė;

pasas

Kitas dokumentas (nurodyti): _____

Pasirašydama (-as) patvirtinu, kad šiame prašyme pateikta informacija yra teisinga:

_____ .
(Duomenų subjekto ar jo atstovo vardas ir pavardė)

_____ .
(parašas)

* Tuo atveju, jeigu pageidaujamo būdo atsakymui gauti nenurodysite, atsakymą į prašymą pateiksime tokia pačia forma, kokia gavome Jūsų prašymą. Jeigu dėl objektyvių priežasčių negalėsime atsakyti Jums pateikti Jūsų pasirinktu būdu, atsakymą pateiksime registruoti paštu Jūsų nurodytu korespondencijos adresu.

PATVIRTINTA
VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centro
vyriausiojo gydytojo
2018 m. lapkričio 5 d. įsakymu Nr. V-99

Ši duomenų subjekto apklausos forma yra skirta padėti VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centrui, kaip duomenų valdytojui, surasti Jūsų asmens duomenis.

Jūsų prašoma informacija arba informacija apie veiksmus, kurių buvo imtasi gavus Jūsų prašymą, Jums bus pateikta arba veiksmai bus atlikti per 1 mėn. nuo Jūsų prašymo gavimo dienos. Šis laikotarpis prireikus galės būti pratęstas ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams, atsižvelgiant į prašymo sudėtingumą ir gautų prašymų skaičių, tačiau tokiu atveju VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.

VŠĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras

Taikos pr. 46, 91213 Klaipėda

P R A Š Y M A S

APRIBOTI DUOMENŲ TVARKYMĄ

201____ m. _____ mėn. _____ d.

1. Duomenų subjekto duomenys

(žemiau prašome nurodyti savo asmens duomenis, kurie mums padės nustatyti Jūsų tapatybę bei pateikti prašomą informaciją ar susisiekti su Jumis)

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	
Duomenų subjekto kategorija	<input type="checkbox"/> esamas darbuotojas; <input type="checkbox"/> buvęs darbuotojas; <input type="checkbox"/> kandidatas į darbo vietą; <input type="checkbox"/> pacientas; <input type="checkbox"/> kita;

2. Duomenų subjekto atstovo duomenys

(žemiau prašome nurodyti duomenų subjekto atstovo duomenis, jeigu prašymą duomenų subjektas teikia per atstovą)

Vardas	
Pavardė	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El.pašto adresas	

Atstovavimą pagrindžiantis dokumentas (pažymėti)(<input type="checkbox"/> kopija)	<input type="checkbox"/> notarinis įgaliojimas; <input type="checkbox"/> atstovavimo sutartis; <input type="checkbox"/> vaiko dokumento liudijimas (jei prašymą teikia nepilnamečio vaiko tėvas/motina , kaip jo įstatyminis atstovas); <input type="checkbox"/> kita;
--	--

3. Duomenų subjekto prašymas

Vadovaudamasis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento 18 str. nuostatomis, prašau apriboti mano asmens duomenų tvarkymą.

(prašome užpildyti žemiau esantį lauką, nurodant kokių Jūsų asmens duomenų tvarkymą norite apriboti)

Mano asmens duomenų tvarkymą prašau apriboti dėl šių priežasčių:
(turi būti pažymėta bent viena iš žemiau nurodytų priežasčių)

aš užginčijau VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centro tvarkomų mano asmens duomenų tikslumą, todėl mano asmens duomenų tvarkymas turi būti apribotas tokiam laikotarpiui, per kurį VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras gali patikrinti asmens duomenų tikslumą;

aš pateikiau prašymą VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centrui, kuriame išreiškiau nesutikimą, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys, todėl mano asmens duomenų tvarkymas turi būti apribotas tokiam laikotarpiui, per kurį VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras patikrins, ar mano pateiktas prašymas yra pagrįstas;

yra nustatyta, kad mano asmens duomenų tvarkymas yra neteisėtas, tačiau aš nesutinku, kad mano asmens duomenys būtų ištrinti ir vietoje to prašau apriboti mano asmens duomenų tvarkymą;

VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centre nebereikia mano asmens duomenų jų tvarkymo tikslais, tačiau jų reikia man siekiant pareikšti, vykdyti arba apginti teisinius reikalavimus;

aš pateikiau prašymą VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centrui ištrinti mano tvarkomus asmens duomenis ir buvo nustatyta, kad mano prašymas yra pagrįstas, tačiau nėra techninių galimybių mano asmens duomenis ištrinti nedelsiant, todėl mano asmens duomenų tvarkymas turi būti apribotas iki tol, kol mano asmens duomenys bus ištrinti.

4. Atsakymo gavimo būdas

Atsakymą pageidauju gauti* _____
(nurodyti būdą ir adresą, pvz., el. paštu, gyvenamuoju adresu ir pan.)

5. Pateikiamas duomenų subjekto tapatybę patvirtinantis dokumentas (kopija)

Asmens tapatybės kortelė;

pasas

Kitas dokumentas (nurodyti):

Pasirašydama (-as) patvirtinu, kad šiame prašyme pateikta informacija yra teisinga:

(Duomenų subjekto ar jo atstovo vardas ir pavardė)

(parašas)

* Tuo atveju, jeigu pageidaujamo būdo atsakymui gauti nenurodysite, atsakymą į prašymą pateiksime tokia pačia forma, kokia gavome Jūsų prašymą. Jeigu dėl objektyvių priežasčių negalėsime atsakyti Jums pateikti Jūsų pasirinktu būdu, atsakymą pateiksime registruoti paštu Jūsų nurodytu korespondencijos adresu.