

ФОРМУЛЯР ЗА УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВА СЪГЛАСНО ОБЩИЯ РЕГЛАМЕНТ ЗА ЗАЩИТА НА ДАННИТЕ

Като администратор “Служба по трудова медицина - Фи Хелт“ ЕООД следва да гарантира и да Ви предостави възможност да упражните Вашите права на субект на данни, предоставени по силата на Общия регламент за защита на данните. Същевременно, “Служба по трудова медицина - Фи Хелт“ ЕООД е задължено да провери самоличността на лицето, заявило упражняване на едно или повече права по отношение на обработвани лични данни, с цел да защита сигурността, наличността и конфиденциалността на тези данни от неправомерни действия. С оглед посоченото е необходимо – поради необходимостта от изпълнение на законово задължение на “Служба по трудова медицина - Фи Хелт“ ЕООД и поради защитата на неговия законен/легитимен интерес, както и с цел изпълнение на Вашето искане за упражняване на права – да представите на “Служба по трудова медицина - Фи Хелт“ ЕООД определена информация, която ще бъде използвана с цел установяване и проверка на Вашата самоличност като титуляр на данните, по отношение на които упражнявате Ваше законово/и право/права. Политиката за конфиденциалност на “Служба по трудова медицина - Фи Хелт“ ЕООД, от която можете да научите повече за Вашите права и тяхното упражняване, можете да намерите на интернет адрес: www.fihealth.bg.

1. Информация за Вас

Име	Презиме	Фамилия
ЕГН/Дата на раждане	email	Мобилен телефон
Настоящ адрес		

2. Право, което желаете да упражните

<input type="checkbox"/>	Право на достъп	<input type="checkbox"/>	Право на коригиране
<input type="checkbox"/>	Право на заличаване	<input type="checkbox"/>	Право на ограничаване на обработването
<input type="checkbox"/>	Право на преносимост	<input type="checkbox"/>	Право на възражение срещу определени видове обработване
<input type="checkbox"/>	Право на оттегляне на съгласие за обработване	<input type="checkbox"/>	Право на възражение срещу обработването за целите на директния маркетинг

Моля изберете само едно право, което да упражните с този формуляр. С оглед отчетност, в случай че желаете да упражните повече от едно право, моля попълнете отделен формуляр за всяко Ваше искане.

3. Информация (данни), по отношение на която (които) желаете да упражните права

<input type="checkbox"/>	Информация (данни) за Вас, предоставена във връзка с	Посочва се поводът, по който сте осъществили контакт с нас и сте ни предоставили Ваши данни
<input type="checkbox"/>	Информация (данни) за друго физическо лице, предоставена във връзка с	Посочва се поводът, по който сте осъществили контакт с нас и сте ни предоставили Ваши данни

В случай че заявявате упражняване на права по отношение на информация (данни) на друго физическо лице, моля да го идентифицирате:

Име	Презиме	Фамилия
Дата на раждане	email	Мобилен телефон

4. Във връзка с установяването и проверката на Вашата самоличност, моля представете към формуляра като приложения следните документи:

<input type="checkbox"/>	Копие на лична карта или на друг документ за самоличност, който има снимка и е издаден от държавен орган
<input type="checkbox"/>	Копие на удостоверение за наследници или друг документ, удостоверяващ родствена връзка с лицето, чието право упражнявате
<input type="checkbox"/>	Документ за промяна на име, в случай че е извършвано такова, след като сте осъществявали контакт с нас
<input type="checkbox"/>	Други документи:

Можете да изберете повече от една възможности.

5. Данни, по отношение на които можете да упражните права

<input type="checkbox"/>	Имена	<input type="checkbox"/>	ЕГН/Дата на раждане
<input type="checkbox"/>	Постоянен адрес	<input type="checkbox"/>	Настоящ адрес
<input type="checkbox"/>	Данни от документ за самоличност	<input type="checkbox"/>	Телефон
<input type="checkbox"/>	Email адрес		

Можете да изберете повече от една възможности.

6. Начин на комуникация с Вас по повод заявлението

<input type="checkbox"/>	Email адрес <i>(посочен по-горе)</i>	<input type="checkbox"/>	Адрес:
--------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-----------------

Имена:
Дата:
Подпис: