



## Formular exercitare drepturi conform Regulamentului UE 679/2016

Daca solicitati date cu caracter personal despre dumneavoastră sau exercitarea drepturilor conform Regulamentului UE 679/2016, este necesar sa furnizati o dovadă a identității împreuna cu acest formular.

Daca solicitati date cu caracter personal in numele unei alte persoane vizate, este necesar sa descrieti relatia cu persoana vizată, sa transmiteti solicitarea scrisă si semnată a acestuia si o copie a dovezii identitatii dumneavoastră împreună cu acest formular.

### Detalii persoană vizată

<b>Nume si prenume</b>	
<b>CNP</b>	
<b>Telefon / E-mail</b>	
<b>Adresa</b>	
<b>Descriere detaliata solicitare:</b>	
<b>Detalii suplimentare solicitare:</b>	

### Date de identificare si contact (terță parte)

<b>Nume si prenume</b>	
<b>Telefon / E-mail</b>	
<b>Adresa</b>	
<b>Relatia cu persoana vizată:</b>	

### Declaratie

Certific că informatiile furnizate în acest formular sunt corecte tinând cont de informatiile detinute. Sunt de acord cu faptul ca organizatia va lua masuri rezonabile pentru a stabili identitatea inainte de eliberarea datelor cu caracter personal.

Solicit centrului medical sa imi furnizeze o copie a datelor cu caracter personal referitoare la persoana vizată a acestui formular.

Am anexat urmatoarele:

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

<b>Nume si prenume</b>	<b>Semnătura</b>	<b>Data</b>

Trimiteti formularul completat la: [galaxymed@yahoo.com](mailto:galaxymed@yahoo.com) sau la recepția centrului medical.