
(meno, priezvisko, adresa, kontakt dotknutej osoby)

VZOR

Žiadosť o výmaz osobných údajov

[v zmysle čl. 17 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a voľnom pohybe takýchto údajov v spojitosti s § 23 ods. 1 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov)

Nemocnica Snina, s.r.o.
Sládkovičova 300/3
069 01 Snina

Žiadam vás o výmaz mojich osobných údajov (**meno, priezvisko, adresa**), ku ktorým som vám poskytol súhlas so spracovaním osobných údajov dňa v súvislosti vzhľadom na to, že som svoj súhlas dňa odvolal.

Rovnako vás žiadam v prípade poskytnutia mojich osobných údajov ďalším prevádzkovateľom o ich upovedomení, čo sa týka mojej žiadosti o výmaz osobných údajov a ich povinnosti vymazať všetky odkazy, repliky alebo kópie uvedených osobných údajov.

Za skoré vybavenie mojej žiadosti vám ďakujem.

V dňa

podpis dotknutej osoby