



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

ZAHTJEV ZA PRENOSIVOST OSOBNIH PODATAKA

Podaci podnositelja zahtjeva:

IME I PREZIME	
OIB	
ADRESA	
KONTAKT	

Temeljem članka 20. Opće uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća od 27. travnja 2016. godine o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (u daljnjem tekstu: Opća uredba o zaštiti podataka), zahtijevam brisanje osobnih podataka, a koje obrađuje Zavod za hitnu medicinu Koprivničko-križevačke županije kao voditelj obrade.

Obrazloženje zahtjeva (za prijenos obrade). Molimo precizno navesti podatke koji se prenose te naziv voditelja obrade kojem se prenose:

U svrhu identifikacije dana je na uvid isprava:

- osobna iskaznica
- putovnica
- ostalo _____.

Potpisom ovog Zahtjeva Podnositelj zahtjeva daje izričitu suglasnost Zavodu da može poduzimati radnje vezano uz obradu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu, a što podrazumijeva svaku radnju ili skup radnji koje čine opseg obavljanja redovitih poslova Zavoda. Zavod se obvezuje koristiti podatke samo u svrhu za koju su namijenjeni, uz poštivanje odredbi Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. (Opća uredba o zaštiti podataka),

Trg dr. Tomislava Bardeka 10, 48000 Koprivnica, tel/fax: 048/641 203, 641281, www.hitna-kckz.hr

IBAN:HR 4623860021110006914, Podravska banka Koprivnica OIB: 63076865469

Ustanova upisana kod Trgovačkog suda u Varaždinu. Osnivač Koprivničko-križevačka županija

Ravnateljica – Mirjana Hanžeković, mag.oec.



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka, Politike o zaštiti osobnih podataka i privatnosti i drugih propisa koji reguliraju zaštitu osobnih podataka. Podnositelj Zahtjeva potvrđuje da je prije potpisa ovog Zahtjeva obaviješten o namjeri korištenja osobnih podataka, a ovom izjavom daje privolu na takvu obradu. Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem. Također izjavljujem da sam prethodno upoznat/a sa načinima ostvarivanja zaštite svojih prava glede osobnih podataka.

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva:

Vlastoručni potpis:

mjesto, _____

Za voditelja obrade zahtjev zaprimio: _____