



Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju

Obrazac Z 1

## ZAHTJEV ZA PRISTUP OSOBNIM PODACIMA

Podaci ispitanika:

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

Temeljem članka 15. Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. (Opća uredba o zaštiti podataka) 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 pristup osobnim podacima i informacijama koje se na mene odnose, a koje obrađuju Daruvarske toplice, Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju kao voditelj obrade odnosno koje obrađuje izvršitelj obrade temeljem ugovora sklopljenog sa voditeljem obrade.

Molim da mi se dostave informacije o:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Npr. (svrha obrade osobnih podataka, vrsta

osobnih podataka, navesti kome su osobni podaci bili otkriveni kroz obradu, predviđeno razdoblje čuvanja

osobnih podataka, prikupljanje osobnih podataka ispitanika od treće strane, automatizirana obrada osobnih

podataka i donošenje odluka i sl.

Identifikacija ispitanika izvršena je uvidom u: \_\_\_\_\_ (koji osobni dokument npr. osobna iskaznica, putovnica, i sl.)

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva: \_\_\_\_\_

Vlastoručni potpis ispitanika: \_\_\_\_\_

Za voditelja obrade zahtjev zaprimio: \_\_\_\_\_

Napomena:

U slučaju da pristup osobnim podacima zahtjeva više aktivnosti i opsežno poduzimanje radnji, Daruvarske toplice zadržavaju pravo naplate troška ispitaniku za te provedene radnje.