

PATVIRTINTA
VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės
direktoriaus
2019 m. sausio 29 d. įsakymu Nr. V-11

DUOMENŲ SUBJEKTO PAKLAUSIMO FORMA

ES Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas 2016/679 (toliau – Reglamentas) duomenų subjektui suteikia teisę žinoti apie savo asmens duomenų tvarkymą, teisę susipažinti su duomenų valdytojo tvarkomais jo asmens duomenimis, teisę reikalauti ištaisyti asmens duomenis, teisę reikalauti ištrinti asmens duomenis („teisė būti pamirštam“), teisę apriboti asmens duomenų tvarkymą, teisę nesutikti su asmens duomenų tvarkymu, teisę į asmens duomenų perkeliamumą.

Ši duomenų subjekto paklausimo forma yra skirta padėti VšĮ „Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė“, kaip duomenų valdytoji, surasti Jūsų asmens duomenis bei padėti Jums įgyvendinti savo, kaip duomenų subjekto, teises.

Jūsų prašoma informacija arba informacija apie veiksmus, kurių buvo imtasi gavus Jūsų prašymą, Jums bus pateikta arba veiksmai bus atlikti per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos. Šis laikotarpis prirėkus galės būti pratęstas ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams, atsižvelgiant į prašymo sudėtingumą ir gautų prašymų skaičių, tačiau tokiu atveju VšĮ „Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė“ apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.



_____ (duomenų subjekto vardas, pavardė)

VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė
Kauno g. 7, 03215 Vilnius

DUOMENŲ SUBJEKTO PRAŠYMAS SUSIPAŽINTI SU ASMENS DUOMENIMIS

_____ (data)

1. Duomenų subjekto duomenys¹

(žemiau prašome nurodyti savo asmens duomenis, kurie mums padės nustatyti Jūsų tapatybę bei pateikti prašomą informaciją ar susisiekti su Jumis)

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El. pašto adresas	
Duomenų subjekto kategorija	<input type="checkbox"/> esamas darbuotojas; <input type="checkbox"/> buvęs darbuotojas; <input type="checkbox"/> kandidatas į darbo vietą; <input type="checkbox"/> kita; <input type="checkbox"/> pacientas; <input type="checkbox"/> buvęs pacientas; <input type="checkbox"/> rezidentas; <input type="checkbox"/> buvęs rezidentas; <input type="checkbox"/> praktikantas;

2. Duomenų subjekto atstovo duomenys

(žemiau prašome nurodyti duomenų subjekto atstovo duomenis, jeigu prašymą duomenų subjektas teikia per atstovą)

Vardas	
Pavardė	
Adresas korespondencijai	
Telefono Nr.	
El. pašto adresas	
Atstovavimą pagrindžiantis dokumentas (pažymėti) (<input type="checkbox"/> kopija)	<input type="checkbox"/> notarinis įgaliojimas; <input type="checkbox"/> atstovavimo sutartis; <input type="checkbox"/> vaiko gimimo liudijimas ² ; <input type="checkbox"/> kitas dokumentas: _____;

3. Duomenų subjekto prašymas

Prašau informuoti, ar tvarkote mano asmens duomenis. Jei tvarkote mano asmens duomenis, prašau leisti susipažinti su VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės tvarkomais mano asmens duomenimis pateikiant man išsamią informaciją apie tvarkomus mano asmens duomenis.

(galite užpildyti žemiau esantį lauką, jei pageidaujate, kad būtų pateikta konkreți informacija apie Jūsų tvarkomus asmens duomenis arba jei pageidaujate nurodyti papildomą informaciją, kuri padėtų mums rasti Jūsų norimus gauti duomenis (pvz., konkretus laikotarpis, ankstesnis vardas ir pavardė (jei keitėsi)) ir pan.)

¹ Jei turite klausimų dėl duomenų subjekto prašymo pildymo, galite kreiptis į VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės duomenų apsaugos pareigūną el. paštu: rolandas.maldunas@mmligonine.lt arba telefonu Nr. (8 686) 53199.

² Pateikiamas tuo atveju, jei prašymą teikia nepilnamečio vaiko tėvas / motina, kaip jo įstatyminis atstovas

4. Atsakymo gavimo būdas³

Atsakymą pageidauju gauti:

- registruotu paštu adresu: _____
- elektroniniu paštu adresu: _____
- atsiimant asmeniškai

5. Pateikiamas duomenų subjekto / jo atstovo tapatybę patvirtinantis dokumentas (kopija)

- asmens tapatybės kortelė;
- pasas;
- kitas dokumentas (nurodyti): _____

Pasirašydama (-as) patvirtinu, kad šiame prašyme pateikta informacija yra teisinga:

(duomenų subjekto ar jo atstovo vardas, pavardė, parašas)

Pildo VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė duomenų apsaugos pareigūnas:

Prašymo gavimo data:	
Prašymo gavimo būdas:	<input type="checkbox"/> įteiktas VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninei asmeniškai; <input type="checkbox"/> gautas el. paštu; <input type="checkbox"/> gautas paštu;
Ar prašymas atitinka reikalavimus?	<input type="checkbox"/> TAIP; <input type="checkbox"/> NE;
Pateiktas asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas (<input type="checkbox"/> kopija):	<input type="checkbox"/> asmens tapatybės kortelė; <input type="checkbox"/> pasas; <input type="checkbox"/> kitas dokumentas _____;
Nustatyti prašymo trūkumai:	
Atsakymo pateikimo data:	
Atsakymo pateikimo būdas:	<input type="checkbox"/> įteiktas asmeniškai; <input type="checkbox"/> išsiųstas elektroniniu paštu adresu: _____; <input type="checkbox"/> išsiųstas registruotu paštu adresu: _____;
Atsisakymo pateikti duomenis priežastys:	<input type="checkbox"/> duomenų subjektas jau turi šią informaciją: _____; <input type="checkbox"/> informacijos pateikimas neįmanomas: _____; <input type="checkbox"/> informacijai pateikti reikėtų neproporcingų pastangų: _____; <input type="checkbox"/> prašymas neatitinka reikalavimų: _____; <input type="checkbox"/> kitos priežastys: _____;
Kita informacija:	

(VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės duomenų apsaugos pareigūno vardas, pavardė, parašas)

³ Tuo atveju, jeigu pageidaujamo būdo atsakymui gauti nenurodysite, atsakymą į prašymą pateiksime tokia pačia forma, kokia gavome Jūsų prašymą. Jeigu dėl objektyvių priežasčių negalėsime atsakymo Jums pateikti Jūsų pasirinktu būdu, atsakymą pateiksime registruotu paštu Jūsų nurodytu korespondencijos adresu.