

PATVIRTINTA  
VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės  
direktorius  
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 IŠTAISYTI NETIKSLIUS IR / ARBA PAPILDYTI NEIŠSAMIUS ASMENS DUOMENIS

\_\_\_\_\_ (data)

##### 1. Duomenų subjekto duomenys<sup>1</sup>

(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;<br><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 <sup>2</sup> ;<br><input type="checkbox"/> kitas dokumentas: _____; |

##### 3. Duomenų subjekto prašymas

**Prašau ištaisyti VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės tvarkomus netikslus mano asmens duomenimis ir / arba papildyti neišsamius mano asmens duomenis.**

| Netikslus asmens domuo | Tikslus asmens domuo |
|------------------------|----------------------|
|                        |                      |
|                        |                      |
|                        |                      |

(galite užpildyti žemiau esantį lauką, nurodydami kokius neišsamius Jūsų asmens duomenis norite papildyti)

\_\_\_\_\_

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

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

(nurodyti kokie pateikiami įrodymai, patvirtinantys, kad tvarkomi duomenų subjekto duomenys yra netikslūs ar neišsamūs)

**4. Atsakymo gavimo būdas<sup>3</sup>**

**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 ligoninės duomenų apsaugos pareigūnas:**

|   |   |
|---|---|
| Prašymo gavimo data:  |   |
| Prašymo gavimo būdas:   | <input type="checkbox"/> įteiktas VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninei asmeniškai;<br><input type="checkbox"/> gautas el. paštu;<br><input type="checkbox"/> gautas paštu;  |
| Ar prašymas atitinka reikalavimus?  | <input type="checkbox"/> TAIP;<br><input type="checkbox"/> NE;  |
| Pateiktas asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas ( <input type="checkbox"/> kopija): | <input type="checkbox"/> asmens tapatybės kortelė;<br><input type="checkbox"/> pasas;<br><input type="checkbox"/> kitas dokumentas _____;   |
| Ar pateikti įrodymai, kad tvarkomi netikslūs ar neišsamūs asmens duomenys:              | <input type="checkbox"/> TAIP;<br><input type="checkbox"/> NE;  |
| Nustatyti prašymo trūkumai:   |   |
| Atsakymo pateikimo data:  |   |
| Atsakymo pateikimo būdas:   | <input type="checkbox"/> įteiktas asmeniškai;<br><input type="checkbox"/> išsiųstas elektroniniu paštu adresu: _____;<br><input type="checkbox"/> išsiųstas registruotu paštu adresu: _____;  |
| Atlikti veiksmai ir jų data:  | <input type="checkbox"/> ištaisyti netikslūs asmens duomenys, ištaisymo data: _____;<br><input type="checkbox"/> papildyti neišsamūs asmens duomenys, papildymo data: _____;<br><input type="checkbox"/> laikinai sustabdyti duomenų subjekto asmens duomenų tvarkymo veiksmai, kadangi nėra galimybių nedelsiant ištaisyti netikslus ar papildyti neišsamius asmens duomenis, sustabdymo data: _____, sustabdyta iki: _____;<br><input type="checkbox"/> informuoti duomenų gavėjai apie duomenų subjekto prašymu ištaisytus netikslus / papildytus neišsamius asmens duomenis, informavimo data: _____; |
| Atsisakymo ištaisyti netikslus ir / arba papildyti neišsamius duomenis priežastys:      | <input type="checkbox"/> nepateikti įrodymai: _____;<br><input type="checkbox"/> kitos priežastys: _____;   |
| Kita informacija:   |   |

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

<sup>3</sup> 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.