

Στο πλαίσιο εφαρμογής του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) και σύμφωνα με τις διαδικασίες που το Laser Vision έχει υιοθετήσει, μπορείτε, ως υποκείμενο των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας, να συμπληρώσετε το παρόν έντυπο, προκειμένου να ασκήσετε οποιοδήποτε από τα νόμιμα δικαιώματά σας (άσκηση περισσότερων του ενός δικαιωμάτων με το ίδιο έντυπο είναι δυνατή). Λεπτομέρειες για το πού θα υποβληθεί/αποσταλεί το συμπληρωμένο έντυπο μπορείτε να βρείτε στο τέλος του παρόντος.

1. Προσωπικές Πληροφορίες

Όνομα Υποκειμένου Δεδομένων:		Ημερομηνία Γέννησης:	___/___/___
Επώνυμο Υποκειμένου Δεδομένων:		Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Αρ. Διαβατηρίου	
Τηλέφωνο Οικίας:		Email:	

Διεύθυνση Υποκειμένου Δεδομένων :

Άλλες πληροφορίες που μπορεί να μας βοηθήσουν να εντοπίσουμε τα προσωπικά σας δεδομένα:

2 Αίτηση Άσκησης Δικαιώματος

A. Στο πλαίσιο του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ), με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να ασκήσω το κατωτέρω δικαίωμά μου ως προς τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα μου που το Laser Vision επεξεργάζεται :

- Πρόσβαση στα δεδομένα μου
- Διόρθωση ανακριβών / συμπλήρωση ελλιπών δεδομένων μου
- Διαγραφή δεδομένων μου
- Περιορισμός της επεξεργασίας των δεδομένων μου
- Φορητότητα των δεδομένων μου
- Εναντίωση στην επεξεργασία των δεδομένων μου

B. Ειδικότερα, αιτούμαι όπως:

Γ. Επιθυμώ το Laser Vision να επικοινωνεί μαζί μου σχετικά με την εξέλιξη του αιτήματός μου ως εξής :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Τηλεφωνική επικοινωνία | <input type="checkbox"/> Ηλεκτρονική αλληλογραφία (E-mail) |
| <input type="checkbox"/> Μήνυμα κειμένου (SMS) | <input type="checkbox"/> Ταχυδρομική αλληλογραφία |

3. Πληρεξούσιοι (συμπληρώστε μόνο εάν ενεργείτε ως πληρεξούσιος για ένα υποκείμενο)

[Παρακαλώ σημειώστε ότι: Μπορεί ακόμη να χρειαστεί να επικοινωνήσουμε με το Υποκείμενο των Δεδομένων όταν απαιτείται επαλήθευση εξουσιοδότησης ή ταυτότητας]

Όνομα Πληρεξούσιου:	Σχέση με το υποκείμενο:
Επώνυμο Πληρεξούσιου:	Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Αρ. διαβατηρίου:
Αριθ. τηλεφώνου:	Email:
Διεύθυνση Πληρεξούσιου:	

Επιβεβαιώνω ότι είμαι ο πληρεξούσιος του υποκείμενου των δεδομένων:

Προς απόδειξη της πληρεξουσιότητάς μου προσκομίζω:

4. Τρόπος Υποβολής Εντύπου

Για την υποβολή της αίτησης ταχυδρομικά, παρακαλούμε αποστείλετε το παρόν έντυπο συμπληρωμένο στη διεύθυνση:

Laservision.gr Ιδιωτικό Οφθαλμολογικό Ιατρείο, Ιατρική Μ. ΕΠΕ

Τσόχα 17, 115 21, Αθήνα

Για την υποβολή της αίτησης μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, παρακαλούμε αποστείλετε το παρόν έντυπο συμπληρωμένο στην ηλεκτρονική διεύθυνση :

dataprivacy@laservision.gr

5. Υπογραφή Υποκειμένου Δεδομένων / Πληρεξούσιου Υποκειμένου Δεδομένων

Υπογραφή : _____

Ημερομηνία : _____