

ΕΝΤΥΠΟ - ΑΙΤΗΣΗ

Αποκλειστικά για άσκηση δικαιώματος υποκειμένου των δεδομένων(άρθρα 12-22 του ΓΚΠΔ)

Συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα. Τα πεδία με (*) είναι υποχρεωτικά.

1. Στοιχεία Αιτούντος

Όνοματεπώνυμο/επωνυμία*:			
Διεύθυνση* ¹	Οδός:	Αριθμός:	
	T.K.:	Πόλη:	
	Χώρα:		
	e-mail:		
Τηλέφωνο/α επικοινωνίας ² :			Fax:

2. Στοιχεία Εκπροσώπου του Αιτούντος³

Όνοματεπώνυμο/επωνυμία:			
Διεύθυνση	Οδός:	Αριθμός:	
	T.K.:	Πόλη:	
	Χώρα:		
	e-mail:		
Τηλέφωνο/α επικοινωνίας:			Fax:

3. Ποια η σχέση σας μαζί μας⁴;

--

4. Αιτούμενο δικαίωμα (Επιλέξτε το προσβαλλόμενο δικαίωμα που αφορά την περίπτωση σας)

<input type="checkbox"/>	Δικαίωμα πρόσβασης
<input type="checkbox"/>	Δικαίωμα διόρθωσης
<input type="checkbox"/>	Δικαίωμα διαγραφής («δικαίωμα στη λήθη»)
<input type="checkbox"/>	Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας
<input type="checkbox"/>	Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων
<input type="checkbox"/>	Δικαίωμα εναντίωσης

¹ Συμπληρώστε υποχρεωτικά είτε την ταχυδρομική είτε την ηλεκτρονική σας δ/νση(e-mail).² Το τηλέφωνο επικοινωνίας συμπληρώνεται για επικοινωνία με τον καταγγέλλοντα σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο.³ Συμπληρώνεται μόνον όπου εφαρμόζεται, π.χ. όταν θιγόμενος είναι ανήλικο τέκνο σύμφωνα με τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, όταν η εκπροσώπησή σας έχει ανατεθεί σε πληρεξούσιο Δικηγόρο ή άλλο τρίτο πρόσωπο.⁴ Π.χ. εργαζόμενος, πελάτης, κ.λπ.

Δικαίωμα εναντίωσης στην αυτοματοποιημένη ατομική λήψη αποφάσεως και κατάρτιση προφίλ

5. Άσκηση δικαιώματος (Αναφέρατε με ποιο τρόπο ασκείτε το συγκεκριμένο δικαίωμα)

Τρόπος άσκησης δικαιώματος⁵

6. Αντικείμενο αίτησης (Περιγράψτε συνοπτικά το δικαίωμα που επιθυμείτε να ικανοποιήσετε)

--

Ημερομηνία	Υπογραφή

Μπορείτε να υποβάλλετε το παρόν έντυπο με τους εξής τρόπους:

- Ηλεκτρονικά με αποστολή στο email: info@parpharm.gr
- Με ταχυδρομική αποστολή στα γραφεία της Εταιρείας :Λεωφ. Κηφισού 132 , 121 31 Περιστέρι Αττικής στο Τμήμα Διοίκησης
- Με φαξ στον αριθμό 2105768315

⁵ Π.χ. με έγγραφη αίτηση ή με ηλεκτρονικά μέσα, όπως με αποστολή e-mail.