

Образец 8

Б А Р А Њ Е

од субјектот на личните податоци за пристап до личните податоци обработени преку системот за вршење на видео надзор во ПЗУ АПТЕКА АЛПИ ФАРМ

Барател

Име и презиме: _____

Контакт податоци (да се наведе контакт податокот преку кој сакате да Ве контактираме)

Адреса: _____

Телефон: _____

Е-маил: _____

Доказ за утврдување на идентитетот на подносителот (на пример: фотографија, лична карта, возачка, пасош итн.)

За да можеме полесно да ги лоцираме релевантните лични податоци за Вас, Ве молиме наведете која аптека на АЛПИ ФАРМ сте ја посетиле, датумот и времето на снимката што сакате да ја видите, како и општ опис на Вашиот изглед, облека итн. во времето кога сте снимени.

Датум	Време (приближно)	Аптека	Ваш опис

Важни напомени:

- ПЗУ АПТЕКА АЛПИ ФАРМ го задржува правото да го одбие извршувањето на вашето барање доколку истото е наложено со соодветни законски прописи
- ПЗУ АПТЕКА АЛПИ ФАРМ може да ве контактира за дополнителни информации потребни за идентификување на вашите лични податоци и притоа да ги користи сите разумни мерки за утврдување на вашиот идентитет
- ПЗУ АПТЕКА АЛПИ ФАРМ ќе одговори на вашето барање што е можно поскоро, а најдоцна во рок од еден месец од денот на приемот на барањето. Рокот може да се продолжи за уште два месеци, за што ќе бидете навремено информирани

Барател,

Пополнува ПЗУ АПТЕКА АЛПИ ФАРМ

Датум на прием на барањето

Дали е утврден идентитетот?	ДА	НЕ
-----------------------------	----	----

Вид на документ преку кој е утврден идентитетот (лична карта, патна исправа, возачка дозвола, легитимација)	
---	--

Во која форма се доставени личните податоци	Е-маил Писмо Друго (<i>наведете како</i>) _____
---	---

Забелешки:

Датум од кога почнува да течат 30 дена за постапување _____	Рокот завршува на _____
---	-------------------------

Датум на достава на снимката до субјектот на личните податоци	
---	--

Потпис:	
---------	--

Одговор подготвил Име и презиме	
------------------------------------	--

Работно место	
---------------	--