

PATVIRTINTA

2021 m. gegužės 26 d. direktoriaus įsakymu Nr. _____

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 UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“, kaip duomenų tvarkytojui, surasti Jūsų asmens duomenis.

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 UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“ apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.

Siekiant, kad informacija apie duomenų tvarkymą nebūtų teikiama pašaliniais asmenimis, kurie neuri teisės su ja susipažinti, gavus Jūsų prašymą, turės būti nustatoma Jūsų, kaip duomenų subjekto, tapatybė.



_____ (duomenų subjekto vardas, pavardė)

UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“
A.Juozapavičiaus g. 9, 09311 Vilnius

DUOMENŲ SUBJEKTO PRAŠYMAS SUSIPAŽINTI SU ASMENS DUOMENIMIS

_____ (data, vieta)

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	
Gimimo data	
Lojalumo kortelės Nr.	
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"/> lojalumo programos dalyvis; <input type="checkbox"/> asmuo, patekęs į vaizdo stebėjimo teritoriją; <input type="checkbox"/> kita: _____;

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, pašau leisti susipažinti su UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“ tvarkomais mano asmens duomenimis pateikiant man išsamią informaciją apie tvarkomus mano asmens duomenis.

(galite užpildyti žemiau esantį lauką, jei pageidaujate, kad būtų pateikta konkreti 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 UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“ atstovą arba duomenų apsaugos pareigūną el. paštu: info@apotheka.lt

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: _____
- atsimant 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)

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.

Pildo UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“ duomenų apsaugos pareigūnas:

Prašymo gavimo data:	
Prašymo gavimo būdas:	<input type="checkbox"/> įteiktas UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“ 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:	

(UAB „Apotheka Pharma Vaistinė“ duomenų apsaugos pareigūno vardas, pavardė, parašas)