

## CERERE PRIVIND PORTABILITATEA DATELOR PERSONALE

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_ (numele și prenumele), identificat cu CNP: \_\_\_\_\_, având calitatea de \_\_\_\_\_ în temeiul art. 20 din REGULAMENTUL (UE) nr. 679 din 27 aprilie 2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, solicit transferul datelor personale deținute de Spitalul SALVOSAN CIOBANCA I SRL la \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vă rog să îmi transmiteți răspunsul dumneavoastră la adresa de corespondență, respectiv: localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, cod poștal \_\_\_\_\_, jud. \_\_\_\_\_;

sau

la următoarea adresă de e-mail: \_\_\_\_\_.

Data

Semnătura,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_