******

***Έντυπο υποβολής αιτημάτων άσκησης δικαιωμάτων υποκειμένου προσωπικών δεδομένων***

***[Σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 και την ισχύουσα ελληνική νομοθεσία]***

Ο Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 παρέχει στο υποκείμενο προσωπικών δεδομένων μια σειρά δικαιωμάτων. Σε κάθε περίπτωση αιτήματος διατηρείται η επιφύλαξη των όσων προβλέπονται από τον Κανονισμό και την ελληνική νομοθεσία.

**Παρακαλούμε όπως διευκρινίσετε ποιο(-ά) από τα δικαιώματά σας επιθυμείτε να ασκήσετε:**

♦ Δικαίωμα πρόσβασης

♦ Δικαίωμα διόρθωσης/συμπλήρωσης

♦ Δικαίωμα διαγραφής

♦ Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας

♦ Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων

♦ Δικαίωμα εναντίωσης

♦ Δικαίωμα ανάκλησης συγκατάθεσης

Παρακαλούμε όπως, συμπληρώσετε τα στοιχεία σας**\***:

Όνομα: ……………………………………………………………………………………………………

Επώνυμο: …………………………………………………………………………………………………

Διεύθυνση: ……………………………………………………………………………………………….

Στοιχεία Ταυτότητας/Διαβατηρίου …………………………………………………………….

Τηλέφωνα επικοινωνίας: …………………………………………………………………………..

E-mail: ……………………………………………………………………………………………………

\* *Συμπληρώνονται τα στοιχεία του υποκειμένου δεδομένων, είτε υποβάλλεται η αίτηση από το ίδιο είτε από πληρεξούσιο/αντιπρόσωπο*

**Είμαι το υποκείμενο των δεδομένων**

Επισυνάπτονται τα απαιτούμενα αποδεικτικά της ταυτότητάς μου, π.χ. φωτοτυπία Δ.Α.Τ., διαβατηρίου κλπ.

**Δεν είμαι το υποκείμενο των δεδομένων και**

**ενεργώ ως πληρεξούσιος/αντιπρόσωπος αυτού**

Επισυνάπτεται συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο/η απαιτούμενη εξουσιοδότηση με θεώρηση γνησίου υπογραφής του εντολέα-υποκειμένου/άλλο έγγραφο και αποδεικτικά της ταυτότητάς μου, καθώς και της ταυτότητας του υποκειμένου των δεδομένων, π.χ. φωτοτυπία Δ.Α.Τ., διαβατηρίου κλπ.

Περιγράψετε λεπτομερώς το αίτημά σας: (Παρακαλούμε όπως, παραθέσετε όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες, όπως ημερομηνίες, παραπομπές κ.λπ.)

|  |
| --- |
|  |

**Τρόπος υποβολής Εντύπου**

* μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (email) στο [web@gaplasticsurgery.eu](mailto:web@gaplasticsurgery.eu)
* με επιστολή προς το Ιατρικό Κέντρο Πλαστικής Χειρουργικής GA Plastic Surgery στην ταχυδρομική διεύθυνση: οδός Αδριανουπόλεως 24, Καλαμαριά Θεσ/νίκης, ΤΚ 551 33
* αυτοπροσώπως με παράδοση στη γραμματεία του Ιατρικού Κέντρου

**Επιθυμώ η απάντηση του αιτήματός μου να δοθεί**:

♦ σε ηλεκτρονική μορφή, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) στην παραπάνω ηλεκτρονική διεύθυνση

♦ σε έντυπη μορφή μέσω ταχυδρομείου στην παραπάνω διεύθυνση ταχυδρομείου

♦ σε έντυπη μορφή και να τα παραλάβω αυτοπροσώπως από το Ιατρικό Κέντρο

Το Ιατρικό Κέντρο (Υπεύθυνος Επεξεργασίας) θα επεξεργαστεί το αίτημά σας για την άσκηση καθενός από τα παραπάνω δικαιώματα που θα επιλέξετε εντός 30 ημερών μετά τη λήψη του ολοκληρωμένου αυτού αιτήματος και την ταυτοποίηση του αιτούντος, εκτός εξαιρετικών περιπτώσεων, οπότε η ανωτέρω προθεσμία μπορεί να παραταθεί, εφόσον απαιτείται, λαμβανομένων υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος ή και του αριθμού των αιτημάτων. Το Ιατρικό Κέντρο θα σας ενημερώσει για τυχόν παράταση εντός μηνός από την παραλαβή του αιτήματος, καθώς και για τους λόγους της καθυστέρησης.

Εάν δεν καθίσταται δυνατή η ικανοποίηση του αιτήματος σας, το Ιατρικό Κέντρο θα σας ενημερώσει χωρίς καθυστέρηση και το αργότερο εντός μηνός από την παραλαβή του αιτήματος, για τους σχετικούς λόγους και για τη δυνατότητα να υποβάλλετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, καθώς και για το δικαίωμα σας να προσφύγετε ενώπιον των αρμόδιων δικαστικών αρχών.

Εάν το αίτημα σας κριθεί από το Ιατρικό Κέντρο ως προδήλως αβάσιμο ή υπερβολικό, δύναται σύμφωνα με την σχετική νομοθεσία να επιβάλει την καταβολή εύλογου και ανάλογου τέλους, λαμβάνοντας υπόψη τα διοικητικά έξοδα για την ικανοποίηση του ή να αρνηθεί να δώσει συνέχεια στο αίτημα σας.

**Βεβαίωση και υπογραφή υποκειμένου δεδομένων**

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο είναι αληθείς και είμαι το υποκείμενο/ο αντιπρόσωπος του υποκειμένου δεδομένων, του οποίου το όνομα εμφανίζεται στο παρόν.

Κατανοώ ότι:

α) το Ιατρικό Κέντρο πρέπει να επιβεβαιώσει την απόδειξη της ταυτότητάς μου και ενδέχεται να χρειαστεί να επικοινωνήσει μαζί μου για περισσότερες πληροφορίες.

β) το αίτημά μου δεν θα είναι έγκυρο έως ότου το Ιατρικό Κέντρο λάβει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες και έγγραφα για την επεξεργασία του αιτήματος

γ) εφόσον ασκώ το δικαίωμα πρόσβασης, δικαιούμαι ένα δωρεάν αντίγραφο των προσωπικών δεδομένων που αιτήθηκα και αναγνωρίζω ότι για όσα επιπλέον αντίγραφα ζητώ, το Ιατρικό Κέντρο ενδέχεται να επιβάλει εύλογη χρέωση λαμβάνοντας υπόψη τα έξοδα διαχείρισης.

δ) τα παραπάνω δικαιώματα μπορεί να περιοριστούν λόγω έννομης υποχρέωσης, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση που αιτηθώ τη διαγραφή δεδομένων, ενώ το Ιατρικό Κέντρο υποχρεούται να τα διατηρήσει βάσει νομοθεσίας, π.χ. φορολογικής, ιατρικής κλπ. ή για την άσκηση νομικών αξιώσεων. Επίσης τα δικαιώματά μου περί διαγραφής προσωπικών δεδομένων, εναντίωσης ή περιορισμού της επεξεργασίας αυτών, ενδέχεται να μην ικανοποιηθούν, μερικά ή ολικά, εφόσον αφορούν δεδομένα που είναι απαραίτητα για την κατάρτιση ή/και τη συνέχιση της λειτουργίας της μεταξύ μας σύμβασης/εντολής.

Θεσσαλονίκη, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/-ΟΥΣΑ