

.....  
(miejsowość i data)

Imię i nazwisko wnioskodawcy: .....  
Adres: .....  
Adres e-mail: .....  
Numer telefonu: .....

**Centrum Medyczno – Usługowe ORION Sp. z o.o.**  
**Os. Kolorowe 21/213, 31-940 Kraków**

Na podstawie art. 7, 15 - 21 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), niniejszym\*:

- cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych,
- żądam niezwłocznego usunięcia moich danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”),
- wnoszę sprzeciw wobec przetwarzania moich danych osobowych,
- wnoszę o ograniczenie przetwarzania moich danych osobowych,
- wnoszę o sprostowanie moich danych osobowych,
- wnoszę o prawo dostępu do moich danych osobowych,
- wnoszę o prawo do przenoszenia moich danych osobowych,

\*(niepotrzebne skreślić)

Moje dane osobowe przetwarzane są przez Administratora w następującym celu:

.....  
.....  
.....

*(należy wskazać cel przetwarzania danych osobowych )*

Uzasadnienie wniosku:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis wnioskodawcy)