

# FORMULÁR NA UPLATNENIE PRÁV DOTKNUTEJ OSOBY

Vernostný program – Lekáreň Východ (BryPharm spol. s r.o.)

Meno:	
Priezvisko:	
Titul:	
Číslo vernostnej karty:	
Dátum narodenia:	
E-mail*:	
Telefónne číslo*:	

Tento formulár slúži na uplatnenie práv dotknutej osoby podľa Nariadenia (EÚ) 2016/679 (GDPR) a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov vo vzťahu k vernostnému programu prevádzkovanému spoločnosťou BryPharm spol. s r.o., Filinského 79/31, 053 01 Harichovce, IČO: 56545151.

## A) Právo na potvrdenie spracúvania (čl. 15 GDPR)

Žiadam potvrdenie, či sú moje osobné údaje spracúvané: ÁNO  NIE

## B) Právo na prístup (čl. 15 GDPR)

Žiadam o poskytnutie kópie osobných údajov, ktoré sa ma týkajú, v elektronickej forme.

## C) Právo na obmedzenie spracúvania (čl. 18 GDPR)

Žiadam o obmedzenie spracúvania mojich osobných údajov z nasledovných dôvodov:

## D) Právo na prenosnosť údajov (čl. 20 GDPR)

Žiadam o prenos mojich osobných údajov v štruktúrovanom a strojovo čitateľnom formáte.

## E) Právo namietat' (čl. 21 GDPR)

Namietam spracúvanie mojich osobných údajov na základe oprávneného záujmu prevádzkovateľa.

## F) Právo na výmaz (čl. 17 GDPR)

Žiadam o vymazanie mojich osobných údajov z dôvodov ustanovených v GDPR.

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis dotknutej osoby: \_\_\_\_\_