

ΦΟΡΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ

Έντυπο για την υποβολή αποκλειστικά αίτησης άσκησης δικαιώματος του υποκειμένου των δεδομένων βάσει των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΓΚΠΔ).

Όνοματεπώνυμο*		
Διεύθυνση*	Οδός	
	Αριθμός	
	Τ.Κ.	
	Πόλη	
e-mail*		
Τηλέφωνο*		
Fax		

Επιλέξτε το Δικαίωμα στο οποίο αφορά το αίτημά σας*

Δικαίωμα πρόσβασης	
Δικαίωμα διόρθωσης	
Δικαίωμα διαγραφής («δικαίωμα στη λήθη»)	
Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας	
Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων	
Δικαίωμα εναντίωσης	
Δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης	

* Να συμπληρωθούν υποχρεωτικά τα πεδία ώστε να λάβετε την έγγραφη απάντησή μας είτε να επικοινωνήσουμε μαζί σας αν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Περιγράψτε το αντικείμενο του αιτήματός σας

Η Εταιρεία μας θα σας ενημερώσει άμεσα για την πορεία του αιτήματός σας. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας για τυχόν διευκρινήσεις ή πληροφορίες αν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Η Εταιρεία μας θα ανταποκριθεί στο αίτημά σας, σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ, εντός 30 ημερών από την παραλαβή και ταυτοποίηση του αιτήματος. Εάν το αίτημά σας είναι ιδιαίτερα περίπλοκο, ίσως χρειαστεί να παρατείνουμε αυτή την περίοδο στους 2 μήνες. Για την εν λόγω παράταση, η Εταιρεία θα σας ενημερώσει εντός μηνός από την παραλαβή του αιτήματος καθώς και για τους λόγους καθυστέρησης.

Αναφέρετε σχετικά συνημμένα έγγραφα / στοιχεία που συνοδεύουν το αίτημά σας και είναι απαραίτητα για την εξέτασή του

1.
2.
3.
4.
5.

Ενημέρωση

Η Αίτηση Άσκησης Δικαιώματός σας καθώς και η πορεία της αίτησης έως αυτή να ολοκληρωθεί, θα τηρηθεί στα αρχεία της Εταιρείας μας για χρονικό διάστημα 3 ετών από την ολοκλήρωσή της.

Δήλωση

Δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που αναφέρω στην παρούσα Αίτηση είναι αληθή.

Όνοματεπώνυμο	
Υπογραφή	
Ημερομηνία	

Το έντυπο θα πρέπει να υποβληθεί μέσω:

- ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση dpo@pharmex.gr
- ή
- ταχυδρομείου στην διεύθυνση
Λ.Κηφισού 132, Τ.Κ. 13121, Περιστερί, Αττική
Υπ' όψιν Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων