

CERERE PENTRU EXERCITAREA DREPTULUI DE ACCES

Către

Colegiul Medicilor din Municipiul Bucuresti,

Cu Sediul in Bucuresti, str. Avram Iancu nr. 1, sector 2

Subsemnatul/Subsemnata.....
(numele și prenumele) cu domiciliul/reședința în..... str. nr.
..... bl. sc. ap. telefon, (opțional) adresa de
e-mail.....,..... în temeiul art. 15 din Regulamentului (UE) 2016/679 al
Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția
persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și
privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE
(Regulamentul general privind protecția datelor), vă rog să-mi comunicați dacă
datele cu caracter personal care mă privesc sunt prelucrate sau nu în cadrul
instituției dumneavoastră.

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți măsurile legale pentru a primi
informațiile solicitate în baza Regulamentului (UE) 2016/679 la următoarea
adresă..... (opțional) la următoarea adresa de poștă
electronică..... (opțional).

DATA :

SEMNĂTURA: