

**WNIOSEK O SPROSTOWANIE LUB UZUPEŁNIENIE DANYCH OSOBOWYCH**

.....

Imię i Nazwisko Wnioskodawcy

.....

dane kontaktowe

Dyrektor

SPZZOZ Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego

z Przychodnią w Sopocie

Na podstawie art. 16 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, wnioskuję o sprostowanie\*/uzupełnienie\* następujących danych osobowych dotyczące mojej osoby w zakresie:

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

.....

podpis Wnioskodawcy

\* właściwe podkreślić