



## ΑΣΚΗΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 2016/679

Το ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, με σεβασμό στα προσωπικά σας δεδομένα εφαρμόζει το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR). Στο πλαίσιο εφαρμογής του συγκεκριμένου κανονισμού και σύμφωνα με τις διαδικασίες που το ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ τηρεί, ως υποκείμενο των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να συμπληρώσετε το παρόν έντυπο προκειμένου να ασκήσετε οποιοδήποτε από τα νόμιμα δικαιώματά σας.

Σας γνωρίζουμε ότι:

- Σε κάθε περίπτωση αιτήματος διατηρείται η επιφύλαξη των όσων προβλέπονται από τον Κανονισμό.
- Θα λάβετε απάντηση σχετικά με το αίτημά σας εντός μηνός από την παραλαβή του σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ.3 του Γενικού Κανονισμού. Έπειτα από σχετική ειδοποίηση, η περίοδος αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο μήνες, εφόσον καθίσταται αναγκαίο, λαμβανομένης υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος.
- Εάν το αίτημά σας δεν πληροί τις προϋποθέσεις της ισχύουσας νομοθεσίας, το ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ διατηρεί το δικαίωμα να απορρίψει το αίτημά σας. Στην περίπτωση αυτή το ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ θα σας παρέχει σχετική αιτιολόγηση.
- Εάν προκύψουν αμφιβολίες ως προς την ταυτότητα του αιτούντος, το ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει πρόσθετες πληροφορίες προς τον σκοπό της ταυτοποίησης. Εφόσον η αποστολή της αίτησης γίνει ταχυδρομικά θα απαιτηθεί βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής.
- Εάν παραβιάζονται τα δικαιώματά σας, έχετε το δικαίωμα να υποβάλλετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)).

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να ασκήσετε ένα ή περισσότερα από τα δικαιώματά σας (*με το ίδιο έντυπο είναι δυνατή η άσκηση περισσότερων του ενός δικαιωμάτων*), παρακαλούμε να συμπληρώσετε την αίτηση που ακολουθεί στην πίσω σελίδα.

- ✓ Για την υποβολή της αίτησης ταχυδρομικά, παρακαλούμε να στείλετε το παρόν έντυπο συμπληρωμένο στη διεύθυνση: ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΠΕ, Βασ. Σοφίας 114<sup>Α</sup>, 115 27 Αθήνα
- ✓ Για την υποβολή της αίτησης μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, παρακαλούμε να αποστείλετε το παρόν έντυπο συμπληρωμένο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [info@eyecenter.gr](mailto:info@eyecenter.gr)

ΠΡΟΣ

**ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΠΕ**

Βασ. Σοφίας 114<sup>Α</sup>, 115 27 Αθήνα – info@eyecenter.gr

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ**

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 2016/679

**Στοιχεία Φυσικού Προσώπου – Υποκείμενου δεδομένων**

Επίθετο υποκειμένου δεδομένων	
Όνομα υποκειμένου δεδομένων	
Ημερομηνία γέννησης	
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας	
Διεύθυνση κατοικίας	
E-mail	
Τηλέφωνο	

**Στοιχεία Πληρεξουσίου ( συμπληρώνεται μόνο εάν ενεργείτε ως πληρεξούσιος του υποκειμένου)**

Επίθετο πληρεξουσίου	
Όνομα πληρεξουσίου	
Σχέση με το υποκείμενο	
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας	
Διεύθυνση κατοικίας	
E-mail	
Τηλέφωνο	

Προς επίδειξη της πληρεξουσιότητάς μου προσκομίζω:

Στο πλαίσιο του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να ασκήσω το κατωτέρω δικαίωμα (ή δικαιώματα) ως προς τα προσωπικά μου δεδομένα:

- πρόσβαση στα δεδομένα μου
- διόρθωση ανακριβών ή συμπλήρωση ελλιπών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα
- διαγραφή των προσωπικών μου δεδομένων
- περιορισμό στην επεξεργασία των δεδομένων μου
- φορητότητα των δεδομένων μου
- εναντίωση στην επεξεργασία των δεδομένων μου

Ειδικότερα, αιτούμαι όπως:

---

---

---

---

Σχετικά με την εξέλιξη του αιτήματός μου επιθυμώ το ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ να επικοινωνεί μαζί μου:

- Τηλεφωνικά       Με Ηλεκτρονική αλληλογραφία       Με ταχυδρομική αλληλογραφία

Βεβαιώ την ακρίβεια των ανωτέρω.

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_