

**Έντυπο Άσκησης
Δικαιωμάτων**

Ημερομηνία

.....

Αριθμός Αιτήματος

(συμπληρώνεται από την εταιρεία)

.....

Στοιχεία Υπευθύνου Επεξεργασίας:

Επωνυμία: ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΩΝ

Διεύθυνση: Γ Σεπτεμβρίου 59-Αθήνα

Τηλέφωνο: 2155150000

Fax:

Email:mg@elinp.gr

Στοιχεία Αιτούντος:

(Σε περίπτωση που αδυνατούμε να επιβεβαιώσουμε την ταυτότητα σας βάσει των παρακάτω στοιχείων ενδέχεται να σας ζητήσουμε πρόσθετες πληροφορίες)

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Email:

Ιδιότητα (π.χ. πελάτης, προμηθευτής, εργαζόμενος κτλ):

Δικαίωμα που επιθυμείτε να ασκήσετε:

- Επιθυμώ να ενημερωθώ για τα προσωπικά δεδομένα που τηρείτε
- Επιθυμώ να προβώ σε διόρθωση των προσωπικών μου δεδομένων που διατηρείτε
(να προσδιοριστεί το στοιχείο που θέλετε να διορθωθεί)

- Επιθυμώ να περιοριστεί η επεξεργασία που αφορά τα προσωπικά μου δεδομένα μόνο για τον σκοπό για τον οποίο έχετε τη συγκατάθεση μου
- Επιθυμώ να προβείτε στη διαγραφή των προσωπικών μου δεδομένων (είναι απαραίτητο να γίνει μόνο αν δεν υπάρχει νόμιμος λόγος διατήρησης)
- Επιθυμώ να εναντιωθώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την εταιρεία σας
- Επιθυμώ να λάβω τα προσωπικά δεδομένα που τηρείτε για λογαριασμό μου και στη συνέχεια να τα διαβιβάσετε σε τρίτο μέρος

Παρατηρήσεις :

Για να μας βοηθήσετε να ικανοποιήσουμε το αίτημα σας, παρακαλούμε να προσδιορίσετε ειδικότερα τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν. Επισημαίνουμε ότι οι απαντήσεις στα αιτήματα σας θα δίνονται εντός ενός μήνα από την ημερομηνία υποβολής τους. Για αιτήματα αόριστα ή αβάσιμα η εταιρεία μας είτε θα ζητήσει πρόσθετες πληροφορίες από εσάς προκειμένου να ικανοποιήσει το αίτημα σας είτε δεν θα μπορέσει να ικανοποιήσει το αίτημα σας

Προσδιορίστε τον τρόπο με τον οποίο θέλετε να απαντήσουμε στο αίτημα σας:

- Ταχυδρομικώς
- Μέσω Email

Ο / Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

