VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninės asmens duomenų tvarkymo taisyklių

2 priedas

**(Sutikimo tvarkyti asmens duomenis forma)**

**SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sudarymo vieta)

Aš, ,

(Vardas ir pavardė)

 ,

(pareigų pavadinimas)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Patvirtinu, kad esu susipažinęs (-usi) (rašyti ranka)

su Viešosios įstaigos Plungės rajono savivaldybės ligoninės asmens duomenų tvarkymo taisyklėmis, patvirtintomis direktoriaus 2018 m. balandžio 24 d. įsakymu Nr. V1-19 „Dėl Viešosios įstaigos Plungės rajono savivaldybės ligoninės asmens duomenų tvarkymo taisyklių patvirtinimo“.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Laisva valia sutinku/nesutinku, kad mano asmens duomenis VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninė tvarkytų šiose Taisyklėse nurodytais tikslais (rašyti ranka)

***Pastaba****. Jūs turite teisę kontroliuoti kaip VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninėje tvarkomi Jūsų asmens duomenys, teisėtai reikalauti šių duomenų pakeitimo, papildymo arba ištrynimo. Jums prašant, vieną kartą per metus ši informacija pateikiama nemokamai.*

Pareigos Parašas Vardas ir pavardė