

## Zahtjev za pristup osobnim podacima koji se obrađuju u poslovno -informacijskom sustavu

Temeljem odredbi čl. 16. Uredbe (EU) br. 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka.

**Podnositelj zahtjeva:**

\_\_\_\_\_  
( ime i prezime, tvrtka odnosno naziv)

\_\_\_\_\_  
( prebivalište)

\_\_\_\_\_  
( država)

\_\_\_\_\_  
(Email)

Dom zdravlja Sisačko-moslavačke županije  
Kralja Tomislava 1, 44 000 Sisak

**PREDMET: Zahtjev za prenosivost osobnih podataka**

Dokaz o identitetu prilažem presliku identifikacijske isprave (osobna iskaznica, putovnica):

Broj \_\_\_\_\_

Država \_\_\_\_\_

Obrazloženje zahtjeva/dodatne informacije vezane zahtjev

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_  
(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)