

**ΦΟΡΜΑ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ**

Αριθμός (ID) Αιτήματος:

Ημερομηνία:

<b>Όνομα*</b>	<b>Επώνυμο*</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ΑΔΤ / Αριθμός Διαβατηρίου (για την ταυτοποίηση του υποκειμένου)\***

<b>Είστε υπάλληλος της Εταιρίας;*</b>	<b>Εάν ναι, τότε συμπληρώστε τον αριθμό μητρώου σας</b>
ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

<b>Αριθμός κινητού τηλεφώνου*</b>	<b>Αριθμός σταθερής τηλ. γραμμής:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου*:</b>	<b>Ταχυδρομική Διεύθυνση*:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Επιθυμητή μέθοδος επικοινωνίας:    SMS     email     με ταχυδρομείο

**Παρακαλώ σημειώστε ότι η απάντηση σε εξάσκηση δικαιωμάτων είναι γραπτή.**

*\* fields with asterisc are mandatory*

<b>Εξάσκηση δικαιώματος</b>	
Πρόσβασης <input type="checkbox"/>	Περιορισμού επεξεργασίας <input type="checkbox"/>
Διόρθωσης <input type="checkbox"/>	Φορητότητας <input type="checkbox"/>
Διαγραφής <input type="checkbox"/>	Εναντίωσης <input type="checkbox"/>

Παρακαλούμε, συμπληρώστε πληροφορίες αναφορικά με το αίτημά σας.

Υπογραφή:

**Για χρήση από την Εταιρία**

**Σημειώσεις**

Παραλήπτης αιτήματος:

Ημερομηνία / υπογραφή:	
Data Protection Officer:	
Ημερομηνία / υπογραφή:	