

ΦΟΡΜΑ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ

Αριθμός (ID) Αιτήματος:

Ημερομηνία:

| | |
|----------------------|----------------------|
| Όνομα* | Επώνυμο* |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| |
|---|
| ΑΔΤ / Αριθμός Διαβατηρίου (για την ταυτοποίηση του υποκειμένου)* |
| <input type="text"/> |

| | |
|---|---|
| Είστε υπάλληλος της Εταιρίας;* | Εάν ναι, τότε συμπληρώστε τον αριθμό μητρώου σας |
| ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Αριθμός κινητού τηλεφώνου* | Αριθμός σταθερής τηλ. γραμμής: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου*: | Ταχυδρομική Διεύθυνση*: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Επιθυμητή μέθοδος επικοινωνίας: | SMS <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> με ταχυδρομείο <input type="checkbox"/> |

Παρακαλώ σημειώστε ότι η απάντηση σε εξάσκηση δικαιωμάτων είναι γραπτή.

** fields with asterisc are mandatory*

| | |
|------------------------------------|---|
| Εξάσκηση δικαιώματος | |
| 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. | |
| <input type="text"/> | |
| Υπογραφή: | <input type="text"/> |

Για χρήση από την Εταιρία

| |
|----------------------|
| Σημειώσεις |
| <input type="text"/> |

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| Παραλήπτης αιτήματος: | <input type="text"/> |
| Ημερομηνία / υπογραφή: | <input type="text"/> |
| Data Protection Officer: | <input type="text"/> |
| Ημερομηνία / υπογραφή: | <input type="text"/> |