



ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Με τη χρήση του παρόντος εντύπου, κάθε φυσικό πρόσωπο που συναλλάσσεται με τη Medical Pharmaquality A.E. δύναται να ασκήσει τα δικαιώματά του, τα οποία προβλέπονται και έχουν θεσπιστεί από το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (Ε.Ε.) 2016/679 και αφορούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα του που επεξεργάζεται η Εταιρεία.

Ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας των δεδομένων σας, η Εταιρεία Medical Pharmaquality A.E. σύμφωνα με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, δεσμεύεται να αξιολογήσει το αίτημά σας και να προχωρήσει στην ικανοποίησή του, εφόσον αυτό είναι δυνατόν, εντός του προβλεπόμενου χρονικού πλαισίου. Σε κάθε περίπτωση, θα ενημερώνεστε άμεσα για οιαδήποτε εξέλιξη σχετικά με την πορεία του αιτήματός σας.

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε προσεκτικά όλα τα κάτωθι πεδία, ούτως ώστε να εξασφαλισθεί η βέλτιστη διαχείριση του αιτήματός σας:

1. Στοιχεία αιτούντος

Όνοματεπώνυμο *:	
Πελάτης*:	
Άλλη ιδιότητα*:	
Διεύθυνση* ¹	Οδός: Αριθμός:
	T.K.: Πόλη:
	Χώρα:
	e-mail*:
ΑΦΜ:	
Τηλέφωνο/α επικοινωνίας ² :	Fax:
Επισυναπτόμενα έγγραφα:	<input type="checkbox"/>
1) Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας	<input type="checkbox"/>
2) Άλλο αποδεικτικό στοιχείο Ταυτοπροσωπίας	

¹Αίτημα μπορεί να υποβάλει μόνο το φυσικό πρόσωπο (Υποκείμενο), το οποίο αφορούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα. Συμπληρώστε υποχρεωτικά είτε την ταχυδρομική είτε την ηλεκτρονική σας δ/νση (e-mail), σε περίπτωση που επιθυμείτε έγγραφη απάντηση. Συμπληρώστε υποχρεωτικά είτε ένα τηλέφωνο επικοινωνίας είτε τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σας. Επίσης, το ΑΦΜ σας είναι υποχρεωτικό για την εξακρίβωση των στοιχείων σας και ευκολότερη διερεύνηση του αιτήματός σας.

² Το τηλέφωνο επικοινωνίας συμπληρώνεται για επικοινωνία με τον αιτούντα σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο για τυχόν προσκόμιση επιπλέον στοιχείων είτε που αφορούν την εξακρίβωση των στοιχείων του είτε προς ικανοποίηση του σχετικού αιτήματός του.

2. Στοιχεία εκπροσώπου

Όνοματεπώνυμο ³ :	
Διεύθυνση	Οδός: Αριθμός:
	T.K.: Πόλη:
	Χώρα:
	e-mail:
ΑΦΜ:	
Τηλέφωνο/α επικοινωνίας:	
Fax:	
Επισυναπτόμενα έγγραφα ⁴ : 1) Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας	
<input type="checkbox"/>	
2) Άλλο αποδεικτικό στοιχείο ταυτοπροσωπίας	
<input type="checkbox"/>	

3. Αίτημα άσκησης δικαιωμάτων⁵

<input type="checkbox"/> Δικαίωμα πρόσβασης
<input type="checkbox"/> Δικαίωμα διόρθωσης
<input type="checkbox"/> Δικαίωμα διαγραφής («δικαίωμα στη λήθη»)
<input type="checkbox"/> Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας
<input type="checkbox"/> Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων
<input type="checkbox"/> Δικαίωμα εναντίωσης
<input type="checkbox"/> Δικαίωμα εναντίωσης στην αυτοματοποιημένη ατομική λήψη αποφάσεως και κατάρτιση προφίλ
<input type="checkbox"/> Δικαίωμα της ειδικότερης νομοθεσίας για την προστασία δεδομένων στις ηλεκτρονικές επικοινωνίες

³ Σε περίπτωση εκπροσώπησης από τρίτο πρόσωπο υποβάλλεται απαραίτητα το έγγραφο εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής του εξουσιοδοτούντος-αιτούντος.

⁴ Για την υποβολή του αιτήματος είναι υποχρεωτική η ταυτοποίηση του αιτούντος και η επισύναψη αντιγράφου του Δελτίου Ταυτότητας ή κάθε νομιμοποιητικό έγγραφο που να αποδεικνύει την ταυτότητά του. Σε αντίθετη περίπτωση το αίτημα καθίσταται αδύνατο να παραληφθεί από την Εταιρεία και κατ' επέκταση να εξετασθεί.

⁵ Ο αιτών υποχρεωτικά συμπληρώνει το δικαίωμα το οποίο επιθυμεί να ασκήσει.

4. Περιγραφή αιτήματος⁶

⁶ Προσδιορίστε αναλυτικά το αίτημά σας. Προς υποβοήθησή σας ενημερωθείτε ως προς τα δικαιώματά σας στην ιστοσελίδα της Medical Pharmaquality A.E. <https://medicalpq.gr/>.

5. Όροι συμπλήρωσης εντύπου

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα παραπάνω πεδία, αφού διαβάσετε προσεκτικά τις σχετικές διευκρινιστικές σημειώσεις:

Μπορείτε να υποβάλετε το έντυπο αιτήματος παροχής πληροφοριών με τους εξής τρόπους:

α. Ηλεκτρονικά με αποστολή στο email hr@medicalpq.gr

β. Με ταχυδρομική αποστολή στα γραφεία της Medical Pharmaquality A.E. στη διεύθυνση Ελαιών 54, 14564, Κηφισιά, Αθήνα.

γ. Αυτοπροσώπως στα γραφεία της Medical Pharmaquality A.E. στην οδό Ελαιών 54, 14564, Κηφισιά, από τα οποία θα διαβιβασθεί το αίτημα σας στην Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων όπως έχει ορισθεί.

Σημειώνεται ότι η Medical Pharmaquality A.E. θα παράσχει αντίγραφο των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατόπιν υποβολής του σχετικού αιτήματος αλλά για τυχόν επιπλέον αντίγραφα διατηρεί το δικαίωμά της όπως επιβάλλει την καταβολή εύλογου κόστους.

Τα ως άνω δεδομένα σας, κατά τη συμπλήρωση του εντύπου, θα χρησιμοποιηθούν από την Medical Pharmaquality A.E. αποκλειστικά για την ικανοποίηση του αιτήματός σας. Ανάλογα με τη φύση του αιτήματός σας, οι πληροφορίες σας θα διαβιβασθούν στα αρμόδια τμήματα της Εταιρείας για την έγκαιρη ικανοποίηση αυτού.

Σημειώνεται ότι η άσκηση/ επίκληση του δικαιώματος της εναντίωσης στην επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα δεν επιφέρει οποιαδήποτε χρέωση.

Η Medical Pharmaquality A.E. θα καταβάλει κάθε προσπάθεια να προβεί στις απαιτούμενες ενέργειες εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία άσκησης του δικαιώματός σας, εκτός εάν οι εργασίες που αφορούν την ικανοποίηση του αιτήματός σας χαρακτηρίζονται από ιδιαιτερότητες και/ή περιπλοκές, βάσει των οποίων η Medical Pharmaquality A.E. διατηρεί το δικαίωμα να επεκτείνει τον χρόνο ολοκλήρωσης των ενεργειών.

Σε κάθε περίπτωση θα ενημερώνεστε εντός μηνός από την υποβολή του αιτήματος σας για την τυχόν παράταση της σχετικής απάντησης.

Η αίτηση με τα στοιχεία σας θα διατηρηθεί για πέντε (5) έτη στο αρχείο της εταιρείας μας, με την επιφύλαξη παράτασης του σχετικού χρονικού διαστήματος σε περίπτωση άσκησης νομικών αξιώσεων.

Σε περίπτωση που κρίνετε ότι η άσκηση του δικαιώματός σας δεν ικανοποιηθεί, διατηρείτε το δικαίωμα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr).

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας, καθώς και για τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (E.E.) 2016/679, από τον οποίο αυτά διέπονται, μπορείτε πάντοτε να επικοινωνήσετε με την Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων της Medical Pharmaquality A.E. τηλεφωνικά στο 2103506000 και ηλεκτρονικά στο hr@medicalpq.gr

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία μου είναι ακριβή και αληθή και συναινώ στην επεξεργασία αυτών από την Medical Pharmaquality A.E. για τον συγκεκριμένο σκοπό επεξεργασίας.

Τόπος, _____

Στοιχεία παραληφθέντος το αίτημα

Ημερομηνία, _____

Υπογραφή

Υπογραφή