

# ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ПРЕНОСИМОСТ

## НА ЛИЧНИ ДАННИ

ДО „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕЙ ЕС ДИ КЪНСЪЛТ“ ЕООД

КАТО АДМИНИСТРАТОР НА ЛИЧНИ ДАННИ

Долуподписаният/ата..... с ЕГН .....,  
(посочват се трите имена)

e-mail: ....., телефон:.....

Моля всички, свързани с мен лични данни, които се събират, обработват и съхраняват във  
Вашите бази данни, да бъдат изпратени на:

Администратор, приемащ данните:

Наименование:	.....
БУЛСТАТ:	.....
Седалище и адрес за кореспонденция:	.....
Телефон:	.....
Интернет страница:	.....

e-mail:.....;

Желая лични ми данни в избрания формат да бъдат предадени на мен/ на посочения от  
мен администратор:

Формат на данните:

- XML
- CSV
- JSON
- Друг:.....;

Носител:

- CD;
- DVD;
- USB;
- на посочения e-mail;

Дата:.....

Подпис: .....

гр. ....