

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΣ:	Π.Ε.Φ.	Συμπληρώνονται από την Π.Ε.Φ.	
	Διεύθυνση: Ερμού 56, Τ.Κ. 10563, Αθήνα. Τηλ.: 211 1989 320 Email: info@pepharm.gr	Αριθμός Αίτησης:	Ημερομηνία:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Όνομα:	
Επώνυμο:	

Τι αφορά αυτή η αίτηση;

- ☐ Πρόσβαση
- ☐ Διόρθωση
- ☐ Διαγραφή
- ☐ Περιορισμό Επεξεργασίας
- ☐ Φορητότητα
- ☐ Εναντίωση στην Επεξεργασία/Ανάκληση συγκατάθεσης

Περιγράψτε το αίτημά σας

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Επιλέξτε με ποιο τρόπο επιθυμείτε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ Να την παραλάβετε στο e-mail

☐ Να την παραλάβετε ταχυδρομικώς στη Διεύθυνσή σας:

Οδός.....Αριθμός..... Πόλη.....Τ.Κ.
.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που αναφέρονται στην Αίτηση είναι ακριβή και αληθή.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Απαντάμε σε κάθε Αίτημά σας δωρεάν χωρίς καθυστέρηση, και σε κάθε περίπτωση εντός (1) ενός μηνός από τότε που θα το λάβουμε. Αν, όμως, το Αίτημά σας είναι πολύπλοκο ή υπάρχει μεγάλος αριθμός Αιτημάτων σας, θα σας ενημερώσουμε εντός του μήνα αν χρειαστεί να λάβουμε παράταση άλλων (2) δύο μηνών εντός των οποίων θα σας απαντήσουμε.

Αν τα Αιτήματά σας είναι προδήλως αβάσιμα ή υπερβολικά ιδίως λόγω του επαναλαμβανόμενου χαρακτήρα τους, η Π.Ε.Φ. μπορεί να επιβάλει την καταβολή εύλογου τέλους, λαμβάνοντας υπόψη τα διοικητικά έξοδα για την παροχή της ενημέρωσης ή την εκτέλεση της ζητούμενης ενέργειας ή να αρνηθεί να δώσει συνέχεια στο Αίτημα. Οι Αιτήσεις τηρούνται για 5 έτη από την παραλαβή τους.

Τα προσωπικά δεδομένα που παρέχετε δια του παρόντος τυγχάνουν επεξεργασίας από την Π.Ε.Φ. με σκοπό την διαχείριση του Αιτήματός σας. Σε περίπτωση που δεν ικανοποιηθεί το αίτημά σας, έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην ΑΠΔΠΧ (www.dpa.gr).

Αθήνα: __/__/20__

Ο – Η Δηλ.
(Υπογραφή)