|  |  |
| --- | --- |
| **ZAHTEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA br. ……………..** | |
| U skladu sa Opštim uslovima o zaštiti ličnih podataka Lentismed d.o.o. omogućava ostvarivanje prava na informacije o Vašim ličnim podacima koje se nalaze u našim sistemima. Da biste nam pomogli da pronađete potrebne podatke, popunite sledeće: | |
| Ime i prezime ispitanika: |  |
| JMBG: |  |
| Pravo koje želite ostvariti: |  |
| Način dostave odgovora: |  |
| Adresa (e-mail ili poštanska): |  |
| Opis zahteva: |  |

Potpis:

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAPOMENA:

Lični podaci prikupljeni ovim obrascem koristiće se isključivo u svrhu identifikovanja Vaših podataka. Moguće je da ovi podaci nisu dovoljni pa ćemo Vas po potrebi kontaktirati za više informacija, a sve kako bismo mogli pouzdano locirati Vaše podatke. Iako bismo rado popunili Vaš zahtev, u nekim slučajevima popunjavanje može tražiti disproporcionalni napor pa ćemo vas u tom slučaju o tome informisati u skladu sa obavezama iz Opštih uslova o zaštiti podataka.

**IZJAVA ISPITANIKA:**

Svestan sam da svaki pokušaj prevare predstavlja odgovornost podnositelja zahteva i ima za posledicu prijavu nadležnim organima.

Potvrđujem da sam razumeo uslove zahteva i da su svi podaci tačni. Razumem da je potrebno utvrditi moj identitet i da ću možda biti kontaktiran za dodatne informacije kako bi se locirali moji lični podaci.

Potpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_