

CLINICA OPHTALENS T

SC CABINET OFTA DR TOMI SRL
SC FEMTO LASER SRL

e-mail: office@ophtalens.ro

Cerere pentru exercitarea dreptului de restrictionare a prelucrării datelor personale

**Către
CLINICA OPHTALENS T**

Subsemnatul/Subsemnata.....
(numele și prenumele), identificat cu CNP.....cu domiciliul/reședința
în..... str.nr. bl. sc. ap.
telefon mobil, adresa de e-mail....., având calitatea
de....., în temeiul art. 18 din Regulamentul (UE) nr. 679 din 27
aprilie 2016 al Parlamentului European și al Consiliului Uniunii Europene privind protecția
persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera
circulație a acestor date, **solicit restrictionarea** prelucrării datelor cu caracter personal prelucrate de
CLINICA OPHTALENS T :



Personale



Ale numitului/numitei

(numele și prenumele), identificat cu CNP.....cu domiciliul/reședința
în..... str.nr. bl. sc. ap. pe
care îl reprezintă în calitate depe baza documentului notarial eliberat,
anexat prezentei cereri în copie certificată conform cu originalul,

din următoarele motive:

.....
.....
.....
.....

Va rog să-mi trimiteți răspunsul dumneavoastră la următoarea adresă de corespondență
.....(opțional)
sau la următoarea adresă de e-mail:.....(opțional) în
format criptat, cu transmiterea decriptării prin SMS, la numărul de telefon mobil.....

Mentionez că prin prezenta accept și iau la cunoștință Regulamentul de prelucrare a datelor cu
caracter personal ale SC CABINET OFTA DR TOMI SRL și SC FEMTO LASER SRL.

DATA :

SEMNĂTURA: