



ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1. Σκοπός εντύπου

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

Ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας των δεδομένων σας, η Εταιρεία EL-PHARMA.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 πριν την συμπλήρωση του εντύπου, διαβάστε προσεχτικά τις οδηγίες συμπλήρωσης αυτού.

2. Οδηγίες συμπλήρωσης

1. Αίτημα μπορεί να υποβάλει μόνο το φυσικό πρόσωπο (Υποκείμενο), το οποίο αφορούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα. Συμπληρώστε υποχρεωτικά είτε την ταχυδρομική είτε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση (e-mail), σε περίπτωση που επιθυμείτε έγγραφη απάντηση. Συμπληρώστε υποχρεωτικά είτε ένα τηλέφωνο επικοινωνίας, είτε τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σας. Επίσης, σε περίπτωση που έχετε οιασδήποτε μορφής συναλλακτική σχέση με την εταιρεία 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 από την EL-PHARMA.E για τυχόν προσκόμιση επιπλέον στοιχείων είτε που αφορούν την εξακρίβωση των στοιχείων του είτε προς ικανοποίηση του σχετικού αιτήματος του.

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

3. 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 ταυτότητα του. Σε αντίθετη περίπτωση το αίτημα καθίσταται αδύνατο να παραληφθεί από την Εταιρεία μας και κατ' επέκταση να εξεταστεί.

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

5.Προσδιορίστε αναλυτικά το αίτημα σας. Προς υποβοήθησή σας, ενημερωθείτε ως προς τα δικαιώματά σας στις πολιτικές προστασίας προσωπικών δεδομένων που είναι αναρτημένες στην ιστοσελίδα μας.

6.Μπορείτε να υποβάλετε το έντυπο αιτήματος παροχής πληροφοριών με τους εξής τρόπους: είτε ηλεκτρονικά, με αποστολή στο email info@el-pharm.gr είτε με ταχυδρομική αποστολή στα γραφεία της εταιρείας μας Αίμωνος αρ.65-67 και Αλκμαίονος, Αθήνα Αττικής

7.Σημειώνεται ότι η Εταιρεία 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 Εταιρεία αποκλειστικά για την ικανοποίηση του αιτήματός σας. Ανάλογα με τη φύση του αιτήματος σας, οι πληροφορίες σας θα διαβιβασθούν στα αρμόδια τμήματα της εταιρείας μας για την έγκαιρη ικανοποίηση αυτού.

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

9. Η Εταιρεία θα καταβάλει κάθε προσπάθεια να προβεί στις απαιτούμενες ενέργειες εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία επίκλησης /άσκησης του δικαιώματος σας, εκτός εάν οι εργασίες, που αφορούν την ικανοποίηση του αιτήματος σας, χαρακτηρίζονται από ιδιαιτερότητες και/ή περιπλοκές, βάσει των οποίων η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να επεκτείνει το χρόνο ολοκλήρωσης των ενεργειών. Σε κάθε περίπτωση, θα ενημερώνεστε εντός μηνός από την υποβολή του αιτήματος σας για την τυχόν παράταση της σχετικής απάντησης της αρμόδιας υπηρεσίας.

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

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

12. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά σας, καθώς και για το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων, 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τον οποίο αυτά διέπονται, μπορείτε πάντοτε να επικοινωνήσετε με την Εταιρεία τηλεφωνικά στο 210-5229009 και ηλεκτρονικά στο info@el-pharm.gr

ΑΙΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

A. Στοιχεία αιτούντος

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πελάτης:			
Άλλη ιδιότητα:			
Στοιχεία Διεύθυνσης	Οδός:		Αριθμός :
	T.K.:	Πόλη:	
	Χώρα:		
Α.Φ.Μ.:			
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			
Τηλ. Επικοινωνίας:		Κινητό:	
FAX			
Επισυναπτόμενα έγγραφα:			
1. Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας <input type="checkbox"/>			
2. Άλλο αποδεικτικό στοιχείο ταυτοπροσωπίας <input type="checkbox"/>			

2. Στοιχεία εκπροσώπου

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πελάτης:			
Άλλη ιδιότητα:			
Στοιχεία Διεύθυνσης	Οδός:		Αριθμός
	T.K.:	Πόλη:	
	Χώρα:		
ΑΦΜ			
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			
Τηλ. επικοινωνίας:		Κινητό:	
FAX			
Επισυναπτόμενα έγγραφα:			
1. Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας <input type="checkbox"/>			
2. Άλλο αποδεικτικό στοιχείο ταυτοπροσωπίας <input type="checkbox"/>			

3.Αίτημα άσκησης δικαιωμάτων

<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

4.Περιγραφή αιτήματος

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία μου είναι ακριβή και αληθή και συναινώ στην επεξεργασία αυτών από την Εταιρεία για το συγκεκριμένο σκοπό επεξεργασίας.

Τόπος

Στοιχεία παραληφθέντος το αίτημα

Ημερομηνία

Ο Αιτών

[Υπογραφή]

[Υπογραφή]