

**ZAHTEJEV ZA BRISANJE OSOBNIH PODATAKA KOJI SU OBRADENI U INFORMACIJSKOM SUSTAVU
ZDRAVSTVENE USTANOVE LJEKARNA „DUBROVNIK“**

I. PRIMATELJ ZAHTJEVA (tijelo javne vlasti):

ZDRAVSTVENA USTANOVA LJEKARNA „DUBROVNIK“

OBALA PAPE IVANA PAVLA II/7

200000 DUBROVNIK

OIB:76696926779

Službenik za zaštitu osobnih podataka: Zdenka Nižić, mag.oec.spec.oec.

tel: 020/419-863

e-mail: zastitapodataka@ljekarna-dubrovnik.hr

II. PODNOSITELJ ZAHTJEVA

Temeljem odredbe čl. 15. **Opće uredbe o zaštiti podataka (Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka)** zahtijevam da izbrišete osobne podatke koji se odnose na mene, a koji su nezakonito pohranjeni u informacijskom sustavu **Zdravstvene ustanove Ljekarna „Dubrovnik“**:

Podnositelj zahtjeva	
Ime i prezime:	
OIB:	
Prebivalište:	
Mjesto rođenja:	
Datum rođenja:	
Državljanstvo:	
E-mail ili adresa za dostavu odgovora:	

III. DOKAZ O IDENTITETU:

Preslika važeće javne isprave kojom se dokazuje identitet (osobna iskaznica, putovnica).

Broj osobne iskaznice/putovnice: _____, izdana dana: _____,
izadla _____



Zdravstvena ustanova
Ljekarna Dubrovnik

ZDRAVSTVENA USTANOVA LJEKARNA „DUBROVNIK“

Obala pape Ivana Pavla II/7

Dubrovnik, OIB:76696926779

tel:020/419 863

e-mail:uprava@ljekarna-dubrovnik.hr

IV. NAZIV ZBIRKE OSOBNIH PODATAKA:

Zahtijevam da izbrišete nezakonito obrađene osobne podatke koji se odnose na mene, a koji su sadržani u zbirci osobnih podataka: _____

V. OBRAZLOŽENJE ZAHTJEVA / DODATNE INFORMACIJE VEZANE UZ ZAHTJEV:

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva: _____

Potpis podnositelja zahtjeva: _____