**Az érintett kérelme személyes adataival kapcsolatban**

Alulírott kereszt- és vezetéknév:.........................................................................

Lakhely: ..........................................................................................................

Ezúton kérem **a KONEX MEDIK, spol. s r.o. (K.f.t), Vozárova 3843/1A, 040 17 Kassa – városi rész Barca**, **statisztikai szám: 31 713 343** /jelölje be, amit kér/

**személyes adataimhoz való hozzáférés** (kérése alapján visszaigazolást adunk ki az Ön személyes adatainak kezeléséről szóló tájékoztatással);

**személyes adataim helyesbítése** (kérése alapján javítjuk vagy kiegészítjük az általunk kezelt hibás vagy elavult személyes adatokat);

**személyes adataim törlése** (kérése alapján a személyes adatait töröljük, amíg a törvényi feltételek teljesülnek);

**személyes adataim kezelésének korlátozása** (kérése alapján csak az Ön személyes adatait tároljuk, és a továbbiakban nem dolgozunk velük, amíg a jogszabályi feltételek teljesülnek);

**személyes adataim továbbítása** (kérése alapján személyes adatait elektronikus formában XML fájlként bocsátjuk rendelkezésére).

**Kérek tájékoztatást a kérelem elbírálásának módjáról az alábbiak szerint:**

ugyanúgy, ahogy ezt a kérelmet benyújtom;

másképp: ...................................................

**Utasítás:** Kérelmét legkésőbb egy hónapon belül, indokolatlan késedelem nélkül feldolgozzuk. Ezt a határidőt további két hónappal meghosszabbíthatjuk, amiről tájékoztatni fogjuk Önöket. Ha ezen időszakon belül nem dolgozzuk fel kérelmét, **panasszal élhet a Szlovák Köztársaság Személyes Adatvédelmi Hivatalánál,** és jogorvoslatot kérhet a bíróságon. A kérelem feldolgozásának módjáról a kérelem benyújtásával megegyező módon értesítjük, kivéve, ha ettől eltérő módot kér. Kérelmét díjmentesen feldolgozzuk. Ismételt, egyértelműen megalapozatlan vagy indokolatlan kérés esetén ésszerű adminisztrációs díjat követelhetünk, vagy megtagadhatjuk az intézkedést.

Helyszín ..........................., dátum .......................

Az érintett aláírása: ................................................