**ΠΡΟΣ Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο**

**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο…………………….

Όνομα…………………………

Τηλέφωνο επικοινωνίας………………..

E-mail……………………………………….

**ΘΕΜΑ**

Άσκηση δικαιώματος του άρθρου 19 του ΓΚΠΔ

Σας παρακαλώ όπως προβείτε στην ενημέρωσή μου σχετικά με τους αποδέκτες στους οποίους γνωστοποιήθηκαν τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα και στους οποίους ανακοινώθηκε κάθε διόρθωση ή διαγραφή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων που διενεργείται, εκτός αν αυτό αποδεικνύεται ανέφικτο.

…/…/20..

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

………………………………………..