

Richiesta di informazioni sulla protezione dei dati ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR) della UE applicato dal 25.5.2018

Buongiorno. La ringraziamo per essersi rivolto/a ad ADVANT.MEDICAL Srls (di seguito “noi”).

Per poter gestire la sua richiesta abbiamo bisogno di alcune informazioni. Innanzitutto dobbiamo comprovare il Suo rapporto nei nostri confronti e la sua identità, così da evitare di comunicare i dati personali alla persona sbagliata.

Attenzione: se desidera richiedere la modifica dei suoi dati, la preghiamo di utilizzare i moduli previsti per i normali aggiornamenti/modifiche, quali il cambio di cognome per matrimonio o il cambio di indirizzo a seguito di trasloco.

Se dovesse avere dei dubbi rispetto all’invio di una richiesta, la preghiamo di utilizzare i seguenti recapiti:

- e-mail: info@advantmedical.net
- telefono: +39 **0823.1490207**

Dopo aver compilato il modulo lo spedisca per posta o e-mail all’ufficio competente per la protezione dei dati. Ricordi di allegare i documenti comprovanti la sua identità.

Indirizzo cui inviare le richieste:

- e-mail: info@advantmedical.net
- posta: ADVANT.MEDICAL srls - via G. Patturelli n.19, 81100 Caserta (Ce)

1. IDENTITÀ E FACOLTÀ DI PRESENTARE LA RICHIESTA

La preghiamo di indicare i suoi dati attuali.

Nome

* Indicare qui il nome di battesimo

Cognome

* Indicare qui il cognome

Indirizzo

* Indicare qui l'indirizzo completo:

Via e n.

Località

Città

Prov.

Recapiti

* Indicare qui l'indirizzo e-mail o il numero di telefono o un altro recapito cui contattarla in merito alla richiesta.

Conferma dell'identità e della facoltà di presentare la richiesta

La preghiamo di inviarci un documento che comprovi la sua identità, ad esempio una copia della carta d'identità, della patente o del passaporto.

Se agisce per conto di un'altra persona, inserisca le informazioni richieste e ci invii le copie di un documento d'identità, suo e della persona interessata, unitamente alla delega della persona a nome della quale presenta la richiesta.

Firma

* Firmare qui

Rapporto nei confronti di ADVANT.MEDICAL srls

* Indicare qui la propria condizione di:

- cliente (medico/clinica/paziente) di ADVANT.MEDICAL srls
- fornitore di ADVANT.MEDICAL srls
- privato impiegato presso ADVANT.MEDICAL srls
- possessore di una CARD di ADVANT.MEDICAL srls

2. QUALE DIRITTO DESIDERA ESERCITARE?

La preghiamo di leggere la descrizione dei singoli moduli e scegliere quello che descrive meglio la sua richiesta. Può compilare il modulo per via elettronica e inviarlo per e-mail o stamparlo e spedirlo per posta.

Una delle seguenti alternative descrive la sua richiesta?

<input type="checkbox"/> Revoca del consenso	Nel caso in cui abbia dato il consenso al trattamento dei suoi dati personali e desideri revocarlo.	v. sezione 3.1
<input type="checkbox"/> Diritto di accesso	Nel caso in cui desideri avere una conferma del trattamento dei suoi dati personali, informazioni sul trattamento, accesso ai suoi dati personali o una copia degli stessi.	v. sezione 3.2
<input type="checkbox"/> Diritto di rettifica	Nel caso in cui i suoi dati personali risultino inesatti e debbano essere rettificati (vi rientrano anche le informazioni integrative).	v. sezione 3.3
<input type="checkbox"/> Diritto alla cancellazione	Nel caso in cui desideri la cancellazione dei suoi dati personali, a patto che siano soddisfatte determinate condizioni.	v. sezione 3.4
<input type="checkbox"/> Diritto di limitazione di trattamento	Nel caso in cui desideri la limitazione del trattamento dei suoi dati personali senza tuttavia cancellarli.	v. sezione 3.5
<input type="checkbox"/> Diritto alla portabilità dei dati	Nel caso in cui desideri ricevere una copia dei suoi dati personali o trasmetterli ad un'altra società.	v. sezione 3.6
<input type="checkbox"/> Diritto di opposizione al trattamento	Nel caso in cui abbia motivo di ritenere che i suoi dati personali non sono trattati in conformità agli elevati standard che ci siamo proposti o desideri opporsi al trattamento.	v. sezione 3.7
<input type="checkbox"/> Diritto all'intervento umano	Se ritiene che un'importante decisione che la riguarda sia stata presa senza intervento umano, può richiedere una verifica manuale.	v. sezione 3.8

WWW.ADVANTMEDICAL.NET

Se nessuno di questi diritti tutelati dalla normativa in vigore sulla protezione dei dati corrisponde alla Sua richiesta, la preghiamo di descriverla in questo riquadro. Nella descrizione, la preghiamo di evitare - se possibile - di comunicarci ulteriori informazioni personali.

Se desidera discutere con noi di questo tema in forma non scritta, lo indichi nel seguente riquadro adducendo il motivo.

3. MODULI DI RICHIESTA

3.1 Revoca del consenso

Lei può revocare in qualsiasi momento il consenso al trattamento dei suoi dati personali. Le ricordiamo tuttavia che il trattamento dei dati personali effettuato sulla base di un contratto non avviene sul fondamento giuridico del consenso.

La preghiamo di fornirci le seguenti informazioni integrative per consentirci di evadere la sua richiesta.

Nome della servizio ADVANT.MEDICAL srls a cui ci si riferisce.

Nome del servizio ADVANT.MEDICAL

Descriva per quale tipo di trattamento dei dati personali ha prestato il consenso o a quale attività/processo si riferisce secondo lei il consenso.

Descriva con parole sue quale consenso desidera revocare ed eventualmente in quale misura.

La ringraziamo per aver compilato il modulo.

Evaderemo la richiesta sulla base delle informazioni fornite e Le comunicheremo l'esito quanto prima.

Cordiali saluti
ADVANT.MEDICAL srls