



Асоциация лицеви
аномалии – АЛА
www.ala-bg.org

Association facial
anomalies – ALA
www.ala-bg.org

ОРЗД-202

ФОРМА ЗА ИСКАНЕ ОТ СУБЕКТ НА ДАННИТЕ

Версия на документа 1.0 от 25.05.2018; Стр. 1 от 3

Администратор: Сдружение „Асоциация
лицеви аномалии - АЛА”

Отговорник: Жана Ангелова

Информация за субекта на данни:

Данни на физическото лице.	
Три имена	
Дата на раждане	
Уникален идентификатор	
ЕГН/ЛНЧ	
Клиентски номер	
Друг	
Данни за контакт	
Държава	
Настоящ адрес	
Телефонен номер	
E-mail	
Допълнителни данни за идентификация¹	

Не всички полета са задължителни за попълване. Достатъчно е да се попълнят толкова, така че да се гарантира еднозначното разпознаване на лицето.

Представител на субекта на данни:

Действате ли като представител от името на субекта на данни?	НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
Ако "Да", моля, посочете в качеството си на какъв (например родител, настойник, попечител, упълномощен представител)	

Данни на представителя:

Три имена	
Дата на раждане	
Данни за контакт	
Държава	
Настоящ адрес	
Телефонен номер	
E-mail	

¹ Могат да бъдат лични документи или друга информация, която недвусмислено потвърждава самоличността.

Контакт с Администратора на лични данни:

Уебсайт: ala-bg.org

E-mail: office@ala-bg.org

Телефон: 0888 932 533



Асоциация лицеви
аномалии – АЛА
www.ala-bg.org

Association facial
anomalies – ALA
www.ala-bg.org

ОРЗД-202

ФОРМА ЗА ИСКАНЕ ОТ СУБЕКТ НА ДАННИТЕ
Версия на документа 1.0 от 25.05.2018; Стр. 2 от 3

Администратор: Сдружение „Асоциация
лицеви аномалии - АЛА”

Отговорник: Жана Ангелова

**Допълнителни
данни за
идентификация на
представителя:**

*Моля, приложете доказателства², че сте законно
упълномощени да получавате тази информация.*

Вид на искането:		Описание на искането и данни, за които се отнася
Искане за достъп	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за коригиране	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за изтриване (право да бъдеш забравен)	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за ограничаване на обработването	ДА <input type="checkbox"/>	
Възражение срещу обработване	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за пренос на данни	ДА <input type="checkbox"/>	
Друго	ДА <input type="checkbox"/>	

2. ДЕКЛАРАЦИЯ

Аз, долуподписаният, като
декларирам, че посочените по-горе данни са верни, с настоящото заявявам пред **АЛА**
искането ми, посочено по-горе, относно описаните данни.

Дата:

Подпис:

²

Например, заверено пълномощно, удостоверение за назначаване на настойник/попечител и др.

Контакт с Администратора на лични данни:

Уебсайт: ala-bg.org

E-mail: office@ala-bg.org

Телефон: 0888 932 533



Асоциация лицеви
аномалии – АЛА
www.ala-bg.org

Association facial
anomalies – ALA
www.ala-bg.org

ОРЗД-202

ФОРМА ЗА ИСКАНЕ ОТ СУБЕКТ НА ДАННИТЕ
Версия на документа 1.0 от 25.05.2018; Стр. 3 от 3

Администратор: Сдружение „Асоциация
лицеви аномалии - АЛА”

Отговорник: Жана Ангелова

Форма за искания, попълнена от упълномощено лице

Аз, долуподписаният,, в качеството ми на
представител, като декларирам, че посочените по-горе данни са верни, с настоящото
заявявам пред **АЛА** искането ми , посочено по-горе, относно описаните данни.

Дата:

Подпис:

Този документ трябва незабавно да бъде изпратен до Отговорникът по защита на данните.

Контакт с Администратора на лични данни:

Уебсайт: ala-bg.org

E-mail: office@ala-bg.org

Телефон: 0888 932 533