

Innsynsbejæring

Til Farmasiet

Jeg ber med dette om innsyn i deres behandling av personopplysninger.

1. Hva kreves det innsyn i? (kryss av)

- Jeg ønsker generell informasjon om deres bruk av personopplysninger
 - Jeg ønsker innsyn i opplysninger som er registrert hos dere om:
 - meg selv
 - en person jeg handler på vegne av (fullmakt må vedlegges)
- Velg et av følgende alternativ:
- Jeg ønsker innsyn i **alle** personopplysningene **uten** eventuell informasjon om resepter
 - Jeg ønsker innsyn i **alle** personopplysningene **inkludert** eventuell informasjon om resepter (kopi av gyldig legitimasjon må legges ved)
 - Jeg ønsker kun innsyn i opplysningene som spesifisert her (for eksempel innenfor en bestemt tidsperiode, bestemte typer opplysninger, opplysninger lagret i et spesielt system eller lignende):
- Jeg ønsker i tillegg informasjon om sikkerhetstiltak knyttet til deres bruk av personopplysninger om meg.

2. Navn og kontaktopplysninger

Navn:

Kundenummer:

Adresse:

Postnummer:

Poststed:

Telefonnummer:

Navn og kundenummer på den som opplysningene gjelder – dersom innsynet blir gjort på vegne av en annen:
Eventuelle tilleggsopplysninger om den som opplysningene gjelder:

Jeg ønsker opplysningene tilsendt pr. e-post. Opplysningene vil bli sendt i en passord-beskyttet kryptert fil. Passordet sendes i en SMS melding.

E-postadresse:

3. Signatur

Sted/dato:

Underskrift