



Rekisteritietojen tarkastuspyyntö
(EU:n tietosuoja-asetus 679/2016)

Rekisterinpitäjän nimi ja osoite	Vanhan Vaasan sairaala, Vierinkiventie 1, 65380 VAASA
Rekisteri, jota pyyntö koskee	

Haluan tarkastaa mitä tietoja minusta on tallennettu ylläpitämäänne rekisteriin.

Haluan tarkastaa:	
kaikki tietoni	
tiedot seuraavalta ajanjaksolta:	
seuraava asiakirjat / tiedot:	
Haluan edellä mainitut tiedot:	
tutustun tietoihin rekisterinpitäjän luona	
haluan tiedot kopioina	
haluan tiedot suullisesti	
postitse kotiosoitteeseeni	

Yhteystietoni:	
Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Puhelinnumero	
Päiväys	Allekirjoitus
Laillinen edustaja: jos kyseessä laillinen edustaja, valtakirjasta on oltava kopio liitteenä.	
Laillisen edustajan nimi, osoite ja puhelinnumero	

Päätöksentekijä täyttää: Jos rekisterinpitäjä kieltäytyy antamasta tietoja, sen on annettava asiasta kirjallinen kieltäytymistodistus, jossa on mainittava kieltäytymisen syy.		
Pyydetyt tiedot annetaan tarkastettavaksi	Pyydettyjä tietoja ei anneta tarkastettavaksi	
Tiedot luovutetaan:		
Aika ja paikka:	Allekirjoitus ja nimenselvennys:	
Tietojen lähettäjä täyttää:	Tietojen lähettämisen / luovuttamisen päivämäärä	