

Rettighetsforespørsel

Mine personalia (vennligst bruk blokkbokstaver)

Fødselsnummer (11 siffer):	Telefon:
Fullt navn:	E-post:
Adresse:	

Aktuell virksomhet

<input type="checkbox"/> Røntgen	<input type="checkbox"/> Laboratoriemedisin
Avdeling:	

Rettighetsforespørsel

Hvilken rettighet ønsker du utøve?

<input type="checkbox"/>	Rett til innsyn
<input type="checkbox"/>	Rett til korrigerings
<input type="checkbox"/>	Rett til sletting
<input type="checkbox"/>	Rett til begrenset behandling
<input type="checkbox"/>	Rett til protestere
<input type="checkbox"/>	Rett til å dataportabilitet
For mer informasjon om dine rettigheter, se unilabs.no/dine-rettigheter .	

Beskriv kort bakgrunnen for din rettighetsforespørsel:

Dato: _____

Underskrift: _____

Underskrevet forespørsel og eventuell fullmakt sendes til: Unilabs Norge AS, Silurveien 2B, 0380 Oslo.

Brev merkes «Rettighetsforespørsel».

Send aldri personsensitiv informasjon på e-post.

Vi gjør oppmerksom på at rettighetsforespørsel har en behandlingstid på inntil fire uker.

Identifikasjon – fyller ut av Unilabs

Den registrerte er identifisert mot gyldig ID-handling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Den registrertes adresse er kontrollert mot folkeregisteret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Signatur (Unilabs ansatt som verifisert den registrertes identitet og adresse)
Navn (bruk blokkbokstaver):
Sted og dato: