

## Cerere privind portabilitatea datelor personale

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_ (numele și prenumele),  
identificat cu CNP-ul \_\_\_\_\_ în calitate de:

persoană vizată (Termenul "persoană vizată" este folosit pentru a desemna persoana fizică despre care se solicită informații prin prezenta cerere)

reprezentant legal al (numele și prenumele) \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, în temeiul art. 20 din REGULAMENTUL (UE) nr. 679 din  
27 aprilie 2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce  
privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, solicit transferul  
datelor personale deținute de GRAL Medical, și anume (se vor enumera datele cu caracter personal ce  
trebuie transferate) \_\_\_\_\_

la adresa de corespondență \_\_\_\_\_

la următoarea adresa de e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnătură persoana vizată \_\_\_\_\_