

Ημερομηνία: __/__/20__

Αριθμός Εισερχομένου (συμπληρώνεται από την Εταιρεία): _____

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ

Με τη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου, μπορείτε να ασκήσετε τα θεμελιώδη δικαιώματά σας (όπως αυτά έχουν θεσπιστεί από τον Γ.Κ.Π.Δ. (ΕΕ) 2016/679) που αφορούν τα προσωπικά σας δεδομένα, σε σχέση με την επεξεργασία τους από την Εταιρεία **CrediaFactors Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Εταιρεία Πρακτορείας Επιχειρηματικών Απαιτήσεων**.

Σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο, η Εταιρεία δεσμεύεται να αξιολογήσει το αίτημά σας και να προχωρήσει στην ικανοποίησή του, εφόσον αυτό είναι εφικτό, εντός του προβλεπόμενου χρονικού πλαισίου. Σε κάθε περίπτωση, θα ενημερώνεστε άμεσα για οποιαδήποτε εξέλιξη του αιτήματός σας.

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε ανατρέξτε στην ενημέρωση της Εταιρείας, για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων («Ενημέρωση Πελατών/Συναλλασσομένων φυσικών προσώπων για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα») στην ιστοσελίδα της εταιρείας στο www.crediafactors.com.

Παρακαλούμε για την προσεκτική συμπλήρωση των παρακάτω πεδίων για την καλύτερη διαχείριση του αιτήματός σας:

1. Προσωπικά στοιχεία φυσικού προσώπου που ασκεί το δικαίωμα:

Επώνυμο:	Όνομα:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Διεύθυνση Κατοικίας:	
<input type="text"/>	
ΑΦΜ:	
<input type="text"/>	
Σταθερό Τηλέφωνο Επικοινωνίας:	Κινητό Τηλέφωνο Επικοινωνίας:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email:	
<input type="text"/>	

2. Ασκούμενο Δικαίωμα - Είδος δικαιώματος που θέλετε να ασκήσετε (Μπορείτε να επιλέξετε μόνο ένα από τα παρακάτω):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα | <input type="checkbox"/> Διαγραφή των προσωπικών μου δεδομένων |
| <input type="checkbox"/> Περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων | <input type="checkbox"/> Φορητότητα των προσωπικών μου δεδομένων |
| <input type="checkbox"/> Διόρθωση/Συμπλήρωση ανακριβών/ελλιπών προσωπικών μου δεδομένων | <input type="checkbox"/> Εναντίωση στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων |

Καταγράψετε αναλυτικά το αίτημά σας στο παρακάτω πεδίο:

3. Επιλογή του μέσου για την επικοινωνία μαζί σας:

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (E-mail) Τηλεφωνική επικοινωνία Φυσικό Ταχυδρομείο

Ο/Η υπογράφων/ουσα την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που σημείωσα παραπάνω, είναι πλήρη και απολύτως ακριβή και η Εταιρεία έχει κάθε δικαίωμα να επιβεβαιώσει την ταυτότητά μου και να επικοινωνήσει μαζί μου, εφόσον χρειαστεί, στο πλαίσιο ικανοποίησης του αιτήματός μου.

Υπογραφή αιτούντος/ούσης:

Βεβαίωση του ελέγχου της ταυτοπροσωπίας του αιτούντος: (Συμπληρώνεται από την Εταιρεία)

Ημερομηνία	Όνοματεπώνυμο Εκπροσώπου	Υπογραφή Εκπροσώπου