



REKISTERITIETOJEN KORJAAMISVAATIMUS

Vastaanottaja täyttää

Lomake saapunut	
Vastaanottaja	
Diaarinumero	

Henkilötiedot	Sukunimi	Etunimet
	Henkilötunnus	Puhelinnumero
	Katuosoite ja postitoimipaikka	

Vaadin, että, asiakas-/potilasrekisterissänne minusta olevat tiedot muutetaan seuraavasti (tarvittaessa erillinen liite):

Palvelu, jota pyyntö koskee

___ **Vaadin seuraavat tiedot poistettavaksi** (poistettava tieto sanatarkasti ja perustelut)

___ **Vaadin seuraavat tiedot oikaistaviksi** (mainitse sanatarkasti oikaistava tieto, ehdotettu sanatarkka muutos ja perustelut)

___ **Vaadin seuraavat tiedot täydennyksenä täydennyksenä liitettäväksi yllä olevaan rekisteriin** (lisättävä tieto sanatarkasti ja perustelut)

Päiväys ja paikka	
Allekirjoitus ja nimen selvennys	

Jos rekisteripitäjä kieltäytyy korjaamasta tietoja, sen tulee antaa asiasta kirjallinen kieltäytymistodistus, jossa on mainittava myös kieltäytymisen syy.

Lomakkeen palautusosoite: Kaskisten kaupunki, Raatihuoneenkatu 34, 64260 Kaskinen

Tietosuojavastaavan yhteystiedot: Petri Borén

Suupohjan seutupalvelukeskus Oy

Teknologiapuisto 1

61800 Kauhajoki

040 194 0894 / petri.boren@seutupalvelukeskus.fi