

# MEDICINOS BANKAS

## PRANEŠIMAS APIE BANKŲ VEIKLĄ REGLAMENTUOJANČIŲ TEISĖS AKTŲ PAŽEIDIMĄ

20 \_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_ d.

\_\_\_\_\_  
(vieta)

Šis pranešimas gali būti pateikiamas atskleidžiant savo tapatybę arba neatskleidžiant savo tapatybės, t.y. anonimiškai. Pastaruoju atveju šios pranešimo formos 1 punkte nurodytus laukus pildyti nėra privaloma.

### 1. ASMENS, PRANEŠANČIO APIE PAŽEIDIMĄ DUOMENYS

1.1. Vardas, pavardė

1.2. Telefono Nr.

1.3. El. paštas arba adresas

Ryšys su UAB Medicinos banku arba UAB Medicinos banko kontroliuojama įmone:

su UAB Medicinos banku

su UAB Medicinos banko kontroliuojama įmone (nurodyti):

Su UAB Medicinos banku / UAB Medicinos banko kontroliuojama įmone mane sieja ar siejo darbo santykiai.

Esu kandidatas į UAB Medicinos banko / UAB Medicinos banko kontroliuojamos įmonės darbuotojus.

Su UAB Medicinos banku / UAB Medicinos banko kontroliuojama įmone mane sieja ar siejo sutartiniai santykiai (nurodyti koks šių santykių pobūdis):

Su UAB Medicinos banku / UAB Medicinos banko kontroliuojama įmone mano atstovaujama įmonė sieja ar siejo sutartiniai santykiai (nurodyti koks šių santykių pobūdis):

1.4.

Atstovaujamos įmonės pavadinimas:

Pareigos:

Su UAB Medicinos banku / UAB Medicinos banko kontroliuojama įmone mane sieja ikisutartiniai santykiai (nurodyti koks šių santykių pobūdis):

Su UAB Medicinos banku / UAB Medicinos banko kontroliuojama įmone mano atstovaujama įmonė sieja ikisutartiniai santykiai (nurodyti koks šių santykių pobūdis):

Atstovaujamos įmonės pavadinimas:

Pareigos:

### 2. DUOMENYS APIE PAŽEIDIMĄ PADARIUSĮ (-IUS) ASMENĮ (-IS)

2.1. Vardas, pavardė

2.2. Darbovietė

2.3. Pareigos

Ar yra kitų asmenų, kurie dalyvavo ar galėjo dalyvauti darant pažeidimą? Jei taip, nurodykite kas jie. Jei tokios informacijos neturite, įrašykite, kad informacijos neturite.

2.4.

### 3. INFORMACIJA APIE PAŽEIDIMĄ

3.1. Ar yra kitų asmenų, kurie dalyvavo ar galėjo dalyvauti darant pažeidimą? *Jeį taip, nurodykite kas jie. Jei tokios informacijos neturite, įrašykite, kad informacijos neturite.*

3.2. Pažeidimo padarymo laikas:

3.3. Pažeidimo padarymo vieta

3.4. Kada sužinojote apie pažeidimą ar jį pastebėjote?

Ar apie pažeidimą jau esate kam nors pranešęs (-usi)?

NE

TAIP (nurodyti):

3.5. Kam buvo pranešta apie pažeidimą ir ar buvo gautas atsakymas? Jei buvo gautas atsakymas, nurodykite jo esmę. *Pildoma tuo atveju, kai apie pažeidimą buvo kam nors pranešta.*

### 4. PAŽEIDIMĄ PAGRINDŽIANTYS DUOMENYS IR DOKUMENTAI

Kokius pažeidimą pagrindžiančius duomenis, galinčius padėti atlikti pažeidimo tyrimą, galėtumėte pateikti? Nurodykite pridedamus rašytinius ar kitus duomenis apie pažeidimą. *Jeį tokių duomenų ar dokumentų neturite, įrašykite, kad jų neturite.*

5.1.

### 5. PAPILDOMOS PASTABOS IR KOMENTARAI

Pasirašydamas šį pranešimą, patvirtinu, kad:

- esu informuotas (-a), kad UAB Medicinos bankas, vykdydamas Lietuvos Respublikos bankų įstatyme nustatytą teisinę prievolę, tvarkys šioje pranešimo formoje nurodytus mano asmens duomenis galimo bankų veiklą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimo UAB Medicinos banke nagrinėjimo (tyrimo atlikimo) tikslu ir šiuo tikslu tvarkomus asmens duomenis UAB Medicinos bankas gali perduoti kompetentingoms institucijoms, kurioms teisės aktų nustatyta tvarka privalo būti pranešta apie konkretaus pobūdžio pažeidimą;
- esu informuotas (-a), kad mano šioje pranešimo formoje pateikti asmens duomenys bus tvarkomi 5 (penkerius) metus nuo paskutinio priimto sprendimo nagrinėjant informaciją apie pažeidimą priėmimo dienos, o suėjus šiam terminui – nedelsiant sunaikinti;
- esu informuotas (-a), kad turiu teisę susipažinti su savo asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi; teisę reikalauti ištaisyti netikslius arba papildyti neišsamius asmens duomenis; teisę reikalauti apriboti asmens duomenų tvarkymą; teisę reikalauti ištrinti ar perkelti asmens duomenis; teisę nesutikti su asmens duomenų tvarkymu; teisę pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai (daugiau informacijos [www.vdai.lrv.lt](http://www.vdai.lrv.lt)). Taip pat esu informuotas (-a), kad šioje pranešimo formoje prašomus pateikti asmens duomenis nėra privaloma nurodyti, tačiau šių asmens duomenų pateikimas padėtų UAB Medicinos bankui susiekti su manimi siekiant patikslinti šiame pranešime nurodytas aplinkybes jų nagrinėjimo (tyrimo atlikimo) eigoje, o nepateikus šių asmens duomenų tai gali trukdyti UAB Medicinos bankui objektyviai ir visapusiškai išnagrinėti įvykio, apie kurį pranešama, aplinkybių ir vykdyti kitų Lietuvos Respublikos teisės aktuose nustatytų prievolių;
- esu informuotas (-a), kad kilus klausimų dėl asmens duomenų tvarkymo, galiu kreiptis į UAB Medicinos banko duomenų apsaugos pareigūną paštu adresu Pamėnkalnio g. 40, LT-01114 Vilnius arba el. paštu [dpo@medbank.lt](mailto:dpo@medbank.lt);
- esu susipažinęs (-usi) su teisinėmis pasekmėmis už melagingos informacijos teikimą, o mano teikiama informacija yra teisinga.

Vardas, pavardė, parašas:

*(nurodoma tuo atveju, kai pranešimas pateikiamas atskleidžiant tapatybę):*