**Formulär för begäran om att få tillgång till personlig information**

***Du är inte skyldig att fylla i formuläret för att skicka in en begäran, men det underlättar vår hantering av ditt ärende***

**Datum för begäran:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beställarens kontaktinformation:**

Förnamn Efternamn

*Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.*

Telefon E-post

*Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.*

Land

*Klicka eller tryck här för att ange text.*

Gatuadress Stad

*Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.*

Län

*Klicka eller tryck här för att ange text.*

**Begäran av personuppgifter**

Jag vill ha följande:

* *Bekräftelse på att ni har mina personuppgifter*
* *Få en kopia av mina personuppgifter*
* *Uppdatera mina personuppgifter*
* *Avsluta min prenumeration på Alnylams marknadsföringsaktiviteter*
* *Återkalla samtycke till behandling*
* *Radera mina personuppgifter*
* *Lämna in ett klagomål om användning av mina personuppgifter*

**Orsak till begäran**

(valfritt)

* *Du anser att dina uppgifter är ofullständiga eller felaktiga*
* *Du anser att behandlingen av dina personuppgifter inte längre är nödvändig för dess ursprungliga syfte*
* *Du samtycker inte längre till behandlingen av dina personuppgifter för ett särskilt ändamål*
* *Du invänder mot behandlingen av dina personuppgifter för direkta marknadsföringsändamål*
* *Du anser att dina personuppgifter har behandlats i strid mot lagen*

**Uppgifter om registrerad person**

[ ]  Samma som beställaren

Förnamn Efternamn

*Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.*

Telefon E-post

*Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.*

Land

*Klicka eller tryck här för att ange text.*

Gatuadress Stad

*Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.*

Län

*Klicka eller tryck här för att ange text.*

**Relation till Alnylam**

* *Jobbsökande eller kandidat*
* *Referens*
* *Anställd/tillfällighetsarbetare*
* *Tidigare anställd*
* *Hälsovårdspersonal*
* *Hälsovårdsorganisation*
* *Leverantör*
* *Patient/vårdgivare*
* *Annan privatperson*

**Under vilken tidsperiod, från dagens datum, tillhandahölls dina personuppgifter till Alnylam?**

* *Mindre än 3 månader*
* *3–6 månader*
* *6–12 månader*
* *12 månader till 2 år*
* *Minst två år*

**Till vilken funktion eller grupp inom Alnylam tillhandahölls dina personuppgifter?**

* *Kliniska avdelningen*
* *Kommersiella avdelningen (försäljning och marknadsföring)*
* *Finansavdelningen*
* *HR-avdelningen*
* *IT-avdelningen*
* *Juridiska avdelningen*
* *Medicinska avdelningen*
* *Forskningsavdelningen*

**Hur vill du motta begärda uppgifter (om några)?**

* *Digitala kopior*
	+ *Åtkomst till säker webbplats*
	+ *E-postadressen som angetts ovan*
* *Papperskopior*
	+ *Post*
	+ *Hämta på Alnylams kontor*

**Deklaration**

Genom att skicka in detta formulär:

* bekräftar du att du har läst och förstått villkoren i detta begärandeformulär för registrerad person och att de angivna uppgifterna är korrekta och fullständiga.
* bekräftar du att du är den Registrerade person eller den auktoriserade representanten för den Registrerade personen som anges i detta begärandeformulär för registrerad person.
* godkänner du behandlingen av dina personuppgifter som tillhandahålls i detta formulär i syfte att identifiera de personuppgifter som du gör en begäran om, och i syfte att svara på din begäran.