

## Formulář jmenování zplnomocněného zástupce

**Pokyny:** Pokud máte trvalý pobyt v Kalifornii nebo EHP (Evropský hospodářský prostor) a chcete jmenovat zplnomocněného zástupce, který bude vaší jménem podávat žádosti ohledně vašich osobních údajů, vyplňte tento formulář. Podepsanou kopii je třeba doručit nám na níže uvedenou adresu. Vezměte na vědomí, že pokud nebude společnost Belkin schopna ověřit totožnost osoby podávající formulář („žadatele“), může si vyžádat další informace nebo dokumenty k ověření totožnosti žadatele. Další informace najdete v našich Zásadách ochrany osobních údajů na adrese <https://www.belkin.com/us/privacypolicy/>.

**Při odesílání klasickou poštou použijte adresu:**

Belkin International, Inc.  
12045 East Waterfront Drive  
Playa Vista, California 90094

**Při odesílání elektronickou poštou použijte adresu:**

privacy@belkin.com

### 1. Informace o žadateli

<b>Celé jméno</b>
<b>Poštovní adresa</b>
<b>E-mailová adresa</b>
<b>Telefonní číslo</b>

### 2. Informace o zplnomocněném zástupci

<b>Celé jméno zplnomocněného zástupce</b>
<b>E-mailová adresa zplnomocněného zástupce</b>
<b>Telefonní číslo</b>

### 3. Plná moc

Já, žadatel, uděluji výše uvedenému zplnomocněnému zástupci PLNOU MOC výhradně za účelem podávání následujících žádostí mým jménem (zaškrtněte vše, co platí):

- Žádost o smazání mých osobních údajů a/nebo
- Žádost o umožnění přístupu k mým osobním údajům.

Podpisem a odesláním tohoto formuláře jmenování zplnomocněného zástupce potvrzuji následující:

- Mám trvalý pobyt ve státu Kalifornie nebo v některé zemi Evropského hospodářského prostoru.
- Jsem žadatelem, jehož jméno je uvedeno výše, a informace uvedené v tomto formuláři jsou přesné a pravdivé.
- Zplnomocněný zástupce je fyzická nebo právnická osoba registrovaná u amerického ministerstva zahraničí a podnikající ve státě Kalifornie.
- Beru na vědomí, že mohu být přímo kontaktován/a za účelem ověření totožnosti a potvrzení udělení plné moci svému zástupci.
- Uděluji svému zplnomocněnému zástupci povolení podávat mým jménem výše uvedené žádosti společnosti Belkin.
- Uděluji svému zástupci plnou moc zpracovat tyto žádosti a beru na vědomí, že veškeré reakce v souvislosti s žádostí o přístup k mým osobním údajům nebudou zasílány mému zplnomocněnému zástupci, ale přímo mně, na výše uvedenou adresu.
- Plná moc udělená na základě tohoto formuláře pozbude platnosti 90 dní od nabytí účinnosti.
- Souhlasím s tím, že odškodním společnost Belkin za veškeré škody, které jí mohou vzniknout v souvislosti s podáním tohoto formuláře jmenování zplnomocněného zástupce.

**Podpis žadatele**

**Dnešní datum**

Zde klikněte a zadejte datum.

--	--