**Приложение № 1**

**Запрос на предоставление сведений,
касающихся обработки персональных данных
субъекта персональных данных**

Генеральному директору ООО «Клиника «Томоград»

Гоголеву М.Н.

|  |  |
| --- | --- |
| От: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных) |
| паспорт: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | выданный | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (серия, номер) |  | (дата выдачи) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (наименование органа, выдавшего паспорт) |
| Сведения, подтверждающие участие субъекта в отношениях с Медицинским центром: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (№ и дата заключения договора, иные сведения) |
| В соответствии со ст. 14 Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» прошу предоставить следующие сведения (отметить необходимое): подтверждение факта обработки моих персональных данных; правовые основания и цели обработки моих персональных данных; способы обработки моих персональных данных; наименование и место нахождения Оператора, сведения о лицах, которые имеют доступ к моим персональным данным или которым могут быть раскрыты мои персональные данные; обрабатываемые персональные данные, относящиеся ко мне, и источник их получения; сроки обработки моих персональных данных, в том числе сроки их хранения; порядок осуществления мною прав, предусмотренных Федеральным законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»; сведения об осуществленной или предполагаемой трансграничной передаче моих персональных данных; наименование или фамилию, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку моих персональных данных по поручению Медицинского центра; иные сведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Указанные сведения прошу предоставить: |
| в письменном виде по адресу: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| по адресу электронной почты: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата) | (подпись) |