**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) | |