**Приложение № 2**

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

Генеральному директору ООО «Клиника «Томоград»

Гоголеву М.Н,

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