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

Главному врачу

ООО МЦ Вяткамедсервис»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего паспорт)

Сведения, подтверждающие участие субъекта в отношениях с Оператором:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(№ 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 нахождение Оператора, сведения о лице, 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 Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О Персональных данных»;

□ сведения об осуществленной или предполагаемой трансграничной передаче моих персональных данных;

□ наименование или фамилия, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку моих персональных данных по поручению Оператора;

□ иные сведения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Указанные сведения прошу предоставить:

□ в письменном виде по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ по адресу электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)