**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) | | | | |