

Приложение № 1 к Положению по
защите персональных данных пациентов

Главному врачу филиала ГАУЗ «РКЦД» -
«Набережночелнинский противотуберкулезный
диспансер» Сабасву О.В.

От _____

Адрес: _____

Паспортные данные: _____

**ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПЕРСОНАЛЬНЫХ
ДАННЫХ**

Мной в _____ году я давала согласие на обработку следующих
персональных моих данных (моего ребенка):

Ф. И. О., адрес места регистрации, паспортные данные, СНИЛС, ОМС, сведения о
факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и
диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении,
которые составляют врачебную тайну в соответствии ч. 1. ст. 13 Федерального
закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации».

В соответствии со ст. 14 Федерального закона «О персональных данных» прошу
предоставить мне следующие сведения:

1) Какие персональные данные имеются в распоряжении филиала ГАУЗ «РКЦД» -
«Набережночелнинский противотуберкулезный диспансер», из каких источников и
как они были получены;

2) Каким третьим лицам (физическим или юридическим лицам, государственным
органам или органам местного самоуправления и т.п.) передавались мои персональные
данные. Указанную информацию прошу предоставить мне в письменной форме.

Напоминаю, что, в соответствии со ст. 20 п. 1 Федерального закона «О персональных
данных» указанная информация должна быть предоставлена Субъекту персональных
данных или его законному представителю в течение десяти рабочих дней со дня
получения настоящего запроса.

Дата: «___» _____ 201__ г. Подпись _____ (_____)

Данные документа законного представителя прилагаются: Наименование документа

Дата: «___» _____ 201__ г. Подпись _____ (_____)