

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 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)