Приложение 1 Главному врачу

КГБУЗ "Онкологический диспансер"

МЗ ХК г. Комсомольск-на-Амуре

Д.В. Смирнову

от

Адрес

Пасп. Данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан

# ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ранее КГБУЗ "Онкологический диспансер" МЗ ХК г. Комсомольск-на-Амуре предоставлялось согласие на обработку персональных данных:

Ф. И. О. ,

адрес места регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспортные данные. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Какие персональные данные имеются в распоряжении КГБУЗ "Онкологический диспансер" МЗ ХК г. Комсомольск-на-Амуре, **из каких источников и как они были получены:**

Каким третьим лицам (физическим или юридическим лицам, государственным органам или органам местного самоуправления и т.п.) передавались 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.

**Данные документа законного представителя прилагаются (при необходимости):**

Наименование документа

Дата: « » 20 г.