

Приложение № 1 к Регламенту  
Форма 1 «Запрос субъекта ПДн»

Главному врачу ГБУЗ АО ГКБ № 2  
Р.Б. Якушеву

От \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

(Когда и кем выдан)

Проживающий по адресу:

Контактный номер телефона:

Руководствуясь ст. 14 Федерального закона «О персональных данных», прошу Вас предоставить мне следующую информацию:

1. Какова цель обработки моих персональных данных государственным бюджетным учреждением здравоохранения Астраханской области
2. Каковы способы обработки моих персональных данных, применяемые государственным бюджетным учреждением здравоохранения Астраханской области «как оператором персональных данных»;
3. Какие лица имеют доступ к моим персональным данным и каким лицам может быть предоставлен такой доступ;
4. Каков перечень обрабатываемых государственным бюджетным учреждением здравоохранения Астраханской области принадлежащих мне персональных данных и каков источник их получения;
5. Каковы сроки обработки моих персональных данных и каковы сроки их хранения;
6. Какие юридические последствия для меня, как для субъекта персональных данных, может повлечь за собой обработка моих персональных данных.

-----  
Фамилия И.О.

-----  
подпись

-----  
дата