

## Приложение № 2

к Политике федерального государственного бюджетного учреждения  
«Национальный медицинский исследовательский центр гематологии»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации в отношении  
обработки персональных данных

Типовая форма запроса/обращения  
субъекта персональных данных (его представителя)  
по вопросу правомерности обработки персональных данных

В федеральное государственное  
бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский  
исследовательский центр гематологии»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

От \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество - при наличии)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(наименование органа, выдавшего паспорт) (дата выдачи паспорта)

мой адрес: \_\_\_\_\_,  
(почтовый адрес субъекта)

контактный телефон: \_\_\_\_\_,  
(номер телефона,)

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.  
(адрес электронной почты, при наличии)

В соответствии с положениями статьи 21 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» прошу предоставить в мой адрес сведения о правовых основаниях обработки моих персональных данных в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Оператор).

В случае подтверждения факта неправомерной обработки Оператором моих персональных данных, прошу прекратить обработку персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней. В случае, если обеспечить правомерность обработки персональных данных невозможно, прошу в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней уничтожить мои персональные данные или обеспечить их уничтожение.

Факт обработки моих персональных данных Оператором подтверждается

\_\_\_\_\_ (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные

\_\_\_\_\_ сведения, либо сведения, иным образом подтверждающие участие субъекта ПДн в отношениях с Оператором)

Сведения об обеспечении правомерности обработки моих персональных данных или об уничтожении персональных данных Оператором в случае их неправомерной обработки прошу направить:

на бумажном носителе по адресу: \_\_\_\_\_

по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_

Приложение: Копия доверенности от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ (если отзыв предоставляется представителем субъекта персональных данных).

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подписи)