

## ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ДОСТЪП ДО ИНФОРМАЦИЯ ПРИ ОБРАБОТВАНЕТО НА ЛИЧНИ ДАННИ (по чл.15 от ОРЗД)

ДО „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕЙ ЕС ДИ КЪНСЪЛТ“ ЕООД

КАТО АДМИНИСТРАТОР НА ЛИЧНИ ДАННИ

### ФИЗИЧЕСКО ЛИЦЕ

Име, презиме, фамилия: ....., ЕГН: .....

За контакт: Телефон: ..... e-mail: .....

ПЪЛНОМОЩНИК

РОДИТЕЛ

НАСТОЙНИК

*(Моля отбележете вярното)*

Име, презиме, фамилия: ....., ЕГН: .....

За контакт: Телефон: ..... e-mail: .....

Пълномощно № ..... на нотариус ..... с Рег.№ .....

Приложение: Пълномощно

Заявявам желанието си да ми предоставите следната информация във връзка с обработването на личните ми данни от АДМИНИСТРАТОРА (на основание чл.13-13 от Регламент(ЕС)2016/679

*(Избраното се отбелязва с X)*

- Целите на обработването на личните данни.
- Категориите лични данни, които АДМИНИСТРАТОРА обработва
- Получателите или категориите получатели, пред които са или ще бъдат разкрити личните ми данни
- Сроковете за съхранение на личните ми данни или критериите за определяне на сроковете
- Източниците на лични данни, когато данните са събрани от трети страни
- Съществуването на автоматизирано вземане на решения

**Начин на получаване на отговора:**

*(Избраното се отбелязва с X)*

На място в деловодството на АДМИНИСТРАТОРА – .....

По пощата на адрес:

Гр./с. .... ПК ..... ЖК.....

Ул. .... № ..... , бл. ...., Вх. ...., ет....., ап.....

На e-mail: .....

**Известни са ми следните обстоятелства:**

- В случай, че искането ми е повтарящо се във времето или неоснователно, АДМИНИСТРАТОРЪТ може да откаже да предприеме действия или да наложи съответната такса.
- Съгласието на упражняващи родителски права (пълномощник/родител/настойник) се изисква в случаи, когато се обработват лични данни на деца на възраст под 18 години.

**Декларация за поверителност:**

Вие предоставяте личните си данни за целите на обработване на настоящото заявление. Вашите лични данни ще се съхраняват за срок от 12 месеца от АДМИНИСТРАТОРА след предоставянето на отговор на заявлението.

АДМИНИСТРАТОРЪТ обработва лични данни на физически лица съгласно своята ПОЛИТИКА ЗА ПОВЕРИТЕЛНОСТ.

Дата:.....

Подпис:.....