

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВО НА ДОСТЪП ДО ИНФОРМАЦИЯ**

**1. Данни на заявителя:**

Три имена:*	
ЕГН:*	
Адрес:*	
Телефонен номер:*	
Електронна поща:*	

(Полетата със \* са задължителни)

**2. Вие ли сте субектът на данни/титуляр на данните/пациентът?**

(Моля, отбележете съответното обстоятелство и прочетете инструкциите под него)

**ДА:** Аз съм субектът на данни/титуляр на данните/пациентът. Представям документ за моята самоличност за справка.

(Моля, отидете на точка 4)

**НЕ:** Подавам настоящото заявление от името на субекта на данните/титуляр на данните/пациентът. Представям пълномощно, съгласно което съм упълномощен да извършвам действия от името на субекта на данните, и документ за моята самоличност за справка.

(Моля, отидете на точка 3)

Ако с оглед представените доказателства за удостоверяване самоличността преценим, че същите не са достатъчни, ние си запазваме правото да откажем достъп до лични данни или може да поискаме допълнителна информация за Вашата самоличност.

**3. За кого искате да Ви бъде предоставена информация?:**

Три имена:*	
ЕГН:*	

(Полетата със \* са задължителни)

**4. Предмет на искането:**

Моля, опишете информацията, която искате да получите: (Представете всякаква относима информация, която мислите, че ще помогне за определяне на личните данни, които искате да получите)

---

---

---

---

---

---

Лечебното заведение ще разгледа своевременно заявлението за упражняване на право на достъп до информация и ще се произнесе по неговата основателност.

**5. Получаване на информация:**

Моля, отбележете начина, по който искате да Ви бъде предоставена поисканата информация:

- На място в сградата на лечебното заведение;
- По куриер на посочения от мен адрес за моя сметка;
- На посочената от мен електронна поща.

**6. Упълномощаване:**

В случай че поискам информацията да ми бъде предоставена на място в сградата на лечебното заведение, упълномощавам следното трето лице да я получи:

Три имена:*	
ЕГН:*	
Телефонен номер:	

*(Полетата със \* са задължителни)*

**7. Деклариране.**

Потвърждавам, че информацията, която съм предоставил на лечебното заведение, е вярна. Разбирам, че е необходимо на лечебното заведение да потвърди моята/на субекта на данните самоличност и че може да е необходима допълнителна информация, за да бъде поисканата от мен информация, правилно предоставена.

**Запознат съм и се съгласявам, че за да получа заявените от мен копия на медицинската документация, следва да заплатя по цени, посочени в ценоразписа на лечебното заведение за поисканите услуги.**

Приложения:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Дата:.....г.

Заявител: \_\_\_\_\_

Гр. София

(подпис)

**\*Исканата от Вас информация ще Ви бъде предоставена в срок до 30 календарни дни. Ако исканата от Вас информация е в по-голям обем, този срок може да бъде по-дълъг.**

*(Моля, имайте предвид, че представянето на невярна информация, съставянето на неистински документ или всеки опит за подвеждане на администратора може да доведе до понасяне на съответната от Вас отговорност.)*