

**„МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР-Н.И.ПИРОГОВ” ЕООД**

**ГР. СОФИЯ, БУЛ. „ТОТЛЕБЕН” №21**

**Искане  
за упражняване на права от субектите на данни**

*Настоящият образец е създаден, за да улесни субектите на данни, по отношение на чиито данни „Медицински център-Н.И.Пирогов”ЕООД е администратор, при упражняване на права.*

**Начин на подаване**

**На място**

Искането може да бъде направено в гр. София, п.к. 1606, бул. Тотлебен № 21- „Медицински център-Н.И.Пирогов”ЕООД  
Същият адрес можете да използвате и за да изпратите собственоръчно подписано искане на хартиен носител.

**По електронен път**

Ако решите да направите искане по електронен път, използвайте следния адрес за електронна кореспонденция [mc\\_pirogov@abv.bg](mailto:mc_pirogov@abv.bg) или [gdpr@pirogov.bg](mailto:gdpr@pirogov.bg), като Ви молим в полето „Тема“ да напишете „Искане за упражняване на права“.

Подпишете образеца или имейла с квалифициран електронен подпис. Ако получим искане, което не е подписано с квалифициран електронен подпис ще Ви помолим да удостоверите самоличността си по друг начин – чрез представяне на официален документ за самоличност.

Искането може да бъде направено по посочените начини и чрез **представител**. В този случай към него *пълномощникът* прилага писмено пълномощно, а законният представител – документи, удостоверяващи неговата представителна власт.

**Име, презиме и фамилия на субекта на данните**

**ЕГН/ЛНЧ/ЛН или дата на раждане на лицето**

**Име, презиме и фамилия на представителя, ако има такъв**

**ЕГН/ЛНЧ/ЛН или дата на раждане на представителя**

**Адрес за кореспонденция**

Изберете, ако желаете цялата последваща кореспонденция във връзка с искането Ви да се изпраща на този адрес.

Имейл

Телефонен номер

Изберете, ако желаете цялата последваща кореспонденция във връзка с искането Ви да се изпраща на този адрес.

Изберете, ако желаете цялата последваща кореспонденция във връзка с искането Ви да се изпраща на различен от посочените по-горе адреси.

**Посочете адреса:**

#### Описание на искането

**Изберете кое свое право искате да упражните.**

- Право на достъп**
- Право на коригиране**
- Право на изтриване /“право да бъдеш забравен“/**
- Право на ограничаване на обработката**
- Право на възражение срещу обработката**
- Право на преносимост**

#### Конкретизация на искането

*За да ни подпомогнете при разглеждане на Вашето искане, Ви молим, да ни дадете възможно най-много допълнителна информация във връзка с обработването на данните. Молим, да конкретизирате и информацията, по отношение, на която искате да упражните свое право.*

#### Начин на получаване на копие/извлечение от личните данни (*попълва се само при искане за упражняване на право на достъп до лични данни*)

Желая да получа исканата от мен информация в следната форма:

- справка на хартиен носител;

копие на предоставен от мен технически носител;

*Моля, изберете начин, по който да Ви бъде предоставена информацията.*

Лично или чрез упълномощено лице на адрес гр. София, п.к. 1606, бул. Тотлебен № 21;

По електронен път на посочения електронен адрес за кореспонденция.

Чрез лицензиран пощенски оператор, като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки.

Отговорът да бъде изпратен:

като вътрешна препоръчана пощенска пратка;

като вътрешна куриерска пратка;

като международна препоръчана пощенска пратка;

**Подпис:** \_\_\_\_\_

**Име, презиме и фамилия:**

\_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_\_

*„Медицински център-Н.И.Пирогов” ЕООД ще предприеме всички необходими действия, за да отговори на Вашето искане в рамките на 1 календарен месец от получаването му.*

*Ако имате някакви въпроси, свързани с искането Ви, докато ние го обработваме, моля да се свържете с нас на следния имейл адрес: [gdpr@pirogov.bg](mailto:gdpr@pirogov.bg).*