

Приложение

к Политике обработки и защиты
персональных данных медицинской организации
ООО «Поликлиника «Ваш Доктор»

Генеральному директору
ООО «Поликлиника «Ваш Доктор»
Михедько И.М.

Пациента _____

(фамилия, имя, отчество)

Заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных

Настоящим по исполнению положений Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006

г. _____ «О _____ персональных _____ данных», _____ я,

паспорт № _____, выдан (кем, когда) _____

_____ ,

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

отзываю у ООО «Поликлиника «Ваш Доктор» свое согласие на обработку персональных
данных.

Прошу прекратить обработку персональных данных в сроки, установленные
законодательством, с даты поступления моего заявления.

Прошу уничтожить всю персональную информацию, касающуюся меня лично в
соответствии со ст.21 п. 5 ФЗ «О персональных данных» как на бумажных носителях, так и в
электронных базах данных, исключить из всех списков, реестров, протоколов.

_____/_____
Подпись пациента (Расшифровка ФИО)

« ____ » _____ 201_ г.

Данные документа законного представителя прилагаются (при необходимости):

ФИО законного представителя: _____

Наименование документа: _____

Дата _____

Подпись _____