



Руководителю ООО «Д'Арт»

от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Заявление  
об отзыве согласия на обработку персональных данных**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Настоящим во исполнение положений Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ я, \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

(кем, когда выдан)

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

**Отзываю у ООО «Д'Арт» (г. Воронеж, ул. Кропоткина, д.10, офис1) свое согласие на обработку персональных данных.**

**Прошу прекратить обработку персональных данных** не позднее трех рабочих дней с даты поступления настоящего отзыва. Прошу уничтожить всю персональную информацию, касающуюся меня лично, в соответствии со ст.21 п.5 Федерального закона «О персональных данных», как на бумажных носителях (в том числе, амбулаторную медицинскую карту), так и в электронных базах данных, исключить из всех списков, реестров, протоколов.

Уведомление об уничтожении моих персональных данных прошу предоставить в письменной форме.

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Данные документа законного представителя прилагаются (при необходимости): Наименование документа \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, подпись)

Руководителю ООО «Д'Арт»

от \_\_\_\_\_

**Запрос  
на получение информации о персональных данных**

Ранее для ООО «Д'Арт» предоставлялось согласие на обработку моих персональных данных:  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_,

Адрес места регистрации \_\_\_\_\_,

В соответствии со ст.14 Федерального закона «О персональных данных» прошу предоставить мне следующие сведения:

- 1) Какие персональные данные имеются в распоряжении ООО «Д'Арт», из каких источников и как они были получены?
- 2) Каким третьим лицам (физическим или юридическим лицам, государственным органам или органам местного самоуправления и т.п.) передавались персональные данные?
- 3) Другая информация \_\_\_\_\_

Указанную информацию прошу предоставить мне в письменной форме.

Напоминаю, что, в соответствии со ст.20 п.1 Федерального закона «О персональных данных» указанная информация должна быть предоставлена Субъекту персональных данных в течение десяти рабочих дней со дня получения настоящего запроса.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Расшифровка

Данные документа законного представителя прилагаются (при необходимости): Наименование документа \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, подпись)

**Типовая форма разъяснения субъекту персональных данных  
юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные**

Уважаемый(-ая), \_\_\_\_\_!

В соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» уведомляем Вас, что обязанность предоставления Вами персональных данных установлена п.4, ст. 10 указанного федерального закона, а также Положением о персональных данных ООО Стоматологическая клиника «Д' Арт», «Политика ООО Стоматологическая клиника «Д' Арт» в отношении обработки и обеспечения безопасности персональных данных».

В случае отказа Вами предоставить свои персональные данные, ООО Стоматологическая клиника «Д' Арт» (Оператор) не сможет на законных основаниях осуществлять их обработку, что приведет для Вас к следующим юридическим последствиям:

- невозможность предоставления Вам медицинских услуг в полном объеме;
- невозможность выдачи документов (справки, результаты исследований, выписки из амбулаторной карты и т.д.)
- невозможность выдачи справки на налоговые льготы по платным медицинским услугам, выдачи ответов на запросы от органов прокуратуры и суда и т.д.

Ответственный за организацию обработки персональных данных в ООО Стоматологическая клиника «Д' Арт» \_\_\_\_\_ (подпись).

Мне, \_\_\_\_\_ разъяснены  
юридические последствия отказа предоставить свои персональные данные ООО  
Стоматологическая клиника «Д' Арт».

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись (Ф.И.О.)