

ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество Пациента)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя Пациента)

паспорт: _____ выдан: «__» _____ 20__ г. _____

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

являюсь законным представителем (или представителем по доверенности № _____ от «__» _____ 20__ г.)

_____ (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

Пациента: _____

(ребенка или лица, признанного недееспособным)

_____ (фамилия, имя, отчество Пациента)

_____ года рождения, проживающего(ую) по адресу: _____

руководствуясь ч. 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» отзываю согласие от «__» _____ 20__ г. на обработку

моих персональных данных (и персональных данных представляемого мной Пациента),

_____ лица, отзыв персональных данных которых осуществляется

предоставленное бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Центр медицинской реабилитации», ИНН 5501102429, 644045, г. Омск, ул. Блюхера, 18а (далее - Оператор)

_____ (наименование, адрес оператора)

Прошу прекратить обработку моих персональных данных (и персональных данных представляемого мной Пациента) или обеспечить прекращение такой обработки, если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора, и уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение, если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора, в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления настоящего отзыва.

«__» _____ 20__ г.

(число, месяц, год)

_____ (подпись, инициалы, фамилия субъекта персональных данных или его представителя)