



Приложение № 1  
к Политике обработки и защиты  
персональных данных  
ООО «Клиника Плюс»

## Форма запроса субъекта персональных данных информации, касающейся обработки персональных данных

В  
ООО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_ от \_\_\_\_\_  
(ФИО)  
\_\_\_\_\_  
(номер основного документа, удостоверяющего личность,  
сведения о дате выдаче указанного документа  
и выдавшем его органе)

### ЗАПРОС

В соответствии с \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором.)

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252 , Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка моих персональных данных. В соответствии со статьей 14 Федерального закона «О персональных данных», я имею право получить от вас информации, касающейся обработки моих персональных данных. Прошу предоставить мне следующую информацию:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу:  
\_\_\_\_\_ в предусмотренный законом срок.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)



**запроса субъекта персональных данных на уточнение персональных данных**

В ООО «Клиника

Плюс»

от

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ сведения о дате выдаче указанного документа

\_\_\_\_\_ и выдавшем его органе)

**ЗАПРОС**

В соответствии с \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором.)

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252 , Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка моих персональных данных. В соответствии со статьей 14 Федерального закона «О персональных данных» прошу внести следующие изменения в мои персональные данные:

\_\_\_\_\_ Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу:

\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ предусмотренный законом срок.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)



**запроса субъекта персональных данных на уничтожение персональных данных  
В ООО «Клиника Плюс»**

от

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ сведения о дате выдаче указанного документа

\_\_\_\_\_ и выдавшем его органе)

В соответствии с \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором,)

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252 , Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка моих персональных данных. В связи с неправомерной обработкой моих персональных данных и в соответствии со статьей 20 Федерального закона «О персональных данных» предлагаю уничтожить следующие мои персональные данные:

\_\_\_\_\_ Причина уничтожения указанных персональных данных: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу: \_\_\_\_\_ в предусмотренный законом срок.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

\_\_\_\_\_ (подпись)



**Форма отзыва согласия субъекта  
персональных данных на обработку его  
персональных данных**

В ООО «Клиника Плюс»

от

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ сведения о дате выдаче указанного документа

\_\_\_\_\_ и выдавшем его органе)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором.)

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252 , Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка моих персональных данных. В соответствии с пунктом 2 статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» я отзываю свое согласие на обработку персональных данных.

Причина отзыва согласия на обработку персональных данных: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Подтверждаю, что ознакомлен(а) с пунктом 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу: \_\_\_\_\_ в предусмотренный законом срок.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)



**Форма запроса законного представителя субъекта персональных данных  
информации, касающейся обработки персональных данных**

В ООО «Клиника Плюс»

от \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ сведения о дате выдаче указанного документа

\_\_\_\_\_ и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного

\_\_\_\_\_ документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

**ЗАПРОС**

В соответствии с \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором.)

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252 , Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка персональных данных субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_ (ФИО субъекта)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи

\_\_\_\_\_ указанного документа и выдавшем его органе)

В соответствии со статьей 14 Федерального закона «О персональных данных», я имею право получить от вас информацию, касающейся обработки персональных данных. Прошу предоставить мне следующую информацию:

\_\_\_\_\_ Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу: \_\_\_\_\_ в предусмотренный законом срок.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)



**Форма запроса законного представителя субъекта персональных данных  
на уточнение персональных данных**

В ООО «Клиника Плюс»

от \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ сведения о дате выдаче указанного документа

\_\_\_\_\_ и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного

\_\_\_\_\_ документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

**ЗАПРОС**

В соответствии с \_\_\_\_\_

сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором,

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252, Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка персональных данных субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_ (ФИО субъекта)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи

\_\_\_\_\_ указанного документа и выдавшем его органе)

В соответствии со статьей 14 Федерального закона «О персональных данных» прошу внести следующие изменения в персональные данные:

\_\_\_\_\_ Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу:

\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ предусмотренный законом срок.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)



**Форма запроса законного представителя субъекта персональных данных  
на уничтожение персональных данных**

В ООО «Клиника Плюс»

от \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ сведения о дате выдаче указанного документа

\_\_\_\_\_ и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного

\_\_\_\_\_ документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

В соответствии с \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором.)

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252 , Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка персональных данных субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_  
(ФИО субъекта)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи

\_\_\_\_\_ указанного документа и выдавшем его органе)

В связи с неправомерной обработкой персональных данных субъекта персональных данных и в соответствии со статьей 20 Федерального закона «О персональных данных» предлагаю уничтожить следующие персональные данные:

\_\_\_\_\_  
Причина уничтожения указанных персональных данных: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу: \_\_\_\_\_ в предусмотренный законом срок.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)



## Форма отзыва законным представителем согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

В ООО «Клиника Плюс»

от \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_ сведения о дате выдаче указанного документа

\_\_\_\_\_ и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного

\_\_\_\_\_ документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с \_\_\_\_\_

(сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором.)

в ООО «Клиника Плюс» (ИНН 6949110978, ОГРН 1186952006922, юр.адрес: 171252 , Тверская область, г.Конакова, ул. Баскакова, 1, помещение 7, комната 1-7, 10-13) происходит обработка персональных данных субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_  
(ФИО субъекта)

\_\_\_\_\_ (номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи

\_\_\_\_\_ указанного документа и выдавшем его органе)

В соответствии с пунктом 2 статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» отзываю согласие на обработку персональных данных указанного субъекта персональных данных.

Причина отзыва согласия на обработку персональных данных: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Подтверждаю, что ознакомлен(а) с пунктом 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу: \_\_\_\_\_ в предусмотренный законом срок.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)