

Приложение 1
к Политике обработки и защиты
персональных данных АО
«Клиника Вся Медицина»

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

В АО «Клиника Вся Медицина»

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 АО «Клиника Вся Медицина» (454129, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Новороссийская, 88, корп 3) 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)

Приложение 2
к Политике обработки и защиты
персональных данных АО
«Клиника Вся Медицина»

Форма запроса субъекта персональных данных на уточнение персональных данных

В АО «Клиника Вся Медицина»

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 АО «Клиника Вся Медицина» (454129, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Новороссийская, 88, корп 3) 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)

Приложение 3
к Политике обработки и защиты
персональных данных АО
«Клиника Вся Медицина»

Форма запроса субъекта персональных данных на уничтожение персональных данных

В АО «Клиника Вся Медицина»

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 АО «Клиника Вся Медицина» (454129, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Новороссийская, 88, корп 3) 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)

Приложение 4
к Политике обработки и защиты
персональных данных АО
«Клиника Вся Медицина»

Форма отзыва согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

В АО «Клиника Вся Медицина»

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 АО «Клиника Вся Медицина» (454129, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Новороссийская, 88, корп 3) 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)

Приложение 6
к Политике обработки и защиты
персональных данных АО
«Клиника Вся Медицина»

Форма запроса законного представителя субъекта персональных данных на уточнение персональных данных

В АО «Клиника Вся Медицина»

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 АО «Клиника Вся Медицина» (454129, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Новороссийская, 88, корп 3) 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)

Приложение 7
к Политике обработки и защиты
персональных данных АО
«Клиника Вся Медицина»

Форма запроса законного представителя субъекта персональных данных на уничтожение персональных данных

В АО «Клиника Вся Медицина»

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 АО «Клиника Вся Медицина» (454129, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Новороссийская, 88, корп 3) 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)

Приложение 8
к Политике обработки и защиты
персональных данных АО
«Клиника Вся Медицина»

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

В АО «Клиника Вся Медицина»

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 АО «Клиника Вся Медицина» (454129, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Новороссийская, 88, корп 3) 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)