

Оператору
Обществу с ограниченной ответственностью «Лазер
Клиник» ОГРН 1132310011382, ИНН 2310174794

от _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
Паспорт серия № _____ выдан _____

Адрес: _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты: _____

**Отзыв
согласия на обработку персональных данных**

Я, _____, руководствуясь ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляю об отзыве согласия на обработку персональных данных, данного Оператору при заключении Договора оказания платных медицинских услуг.

Мне известно, что Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в п. п. 2 - 11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Приложение:

1. Копия доверенности от "___" _____ г. N _____ (если отзыв предоставляется представителем субъекта персональных данных).

"___" _____ г.

Субъект персональных данных (представитель):

_____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)
