

Приложение № 2 к Положению по  
защите персональных данных пациентов  
Главному врачу филиала ГАУЗ «РКЦД» -  
«Набережночелнинский противотуберкулезный  
диспансер» Сабаеву О.В.

От \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### (ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ)

Я, имею право во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных», на основании ст. 9 п. 1 указанного федерального закона на отзыв ранее данного Согласия на обработку персональных данных.

В случае, если согласие на обработку персональных данных давалось неоднократно, настоящим я отзываю все ранее данные филиалу ГАУЗ «РКЦД» - «Набережночелнинский противотуберкулезный диспансер», персональные данные. Напоминаю, что, в соответствии со ст. 21 п. 5 Федерального закона «О персональных данных», в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на их обработку, оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные, после завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи, а именно: уничтожить всю медицинскую информацию, содержащую мои персональные данные как на бумажных носителях (в том числе амбулаторную медицинскую карту), так и в электронных базах данных, исключить из всех списков, реестров, протоколов. Сообщить другим ЛПУ об отзыве моих персональных данных. Об уничтожении персональных данных оператор обязан уведомить субъекта персональных данных. Указанное уведомление прошу предоставить в письменной форме.

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г. Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Данные документа законного представителя прилагаются: Наименование документа

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г. Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )