

**ЗАПРОС**  
**на блокирование / удаление / уточнение персональных данных**

В АО «Клиника Вся Медицина»  
Адрес: г. Челябинск, ул. Новороссийская, д. 88, неж. пом. 3

От \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Прошу Вас \_\_\_\_\_ мои персональных данных по  
(блокировать / удалить / уточнить)  
следующим причинам:

- персональные данные являются неполными;
- персональные данные являются устаревшими;
- персональные данные являются недостоверными;
- персональные данные являются незаконно полученными;
- персональные данные не являются необходимыми для заявленной цели обработки;
- другое: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
Дата подпись расшифровка

**Формы уведомления субъекта ПДн, в блокировании / удалении / уточнении персональных данных**

**ФОРМА 1**

\_\_\_\_\_  
ФИО субъекта ПДн

Согласно запросу от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_  
(дата) (блокирование / удаление / уточнение)  
персональных данных было произведено \_\_\_\_\_  
(блокирование / удаление / уточнение)

Ваших персональных данных:

\_\_\_\_\_  
(ФИО субъекта)  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность) (когда) (кем)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Должность ответственного сотрудника

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

**ФОРМА 2**

\_\_\_\_\_  
ФИО субъекта ПДн

В запросе от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_  
(дата) (блокирование / удаление / уточнение)

Ваших персональных данных,

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_  
(ФИО субъекта)  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность) (когда) (кем)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

отказано по следующей причине:

\_\_\_\_\_  
Должность ответственного сотрудника

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.