

**Оператору**  
**Обществу с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «Телемедицина»**  
ОГРН 1212300011582, ИНН 2310223226  
дата регистрации 04.03.2021 г. ИФНС России № 16 по Краснодарскому краю  
350020, Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Красная, 184, пом. 1001, 1002

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.)

-----