

**Оператору - Обществу с ограниченной ответственностью  
«Медицинская клиника «Онегомед»**

Адрес места нахождения:  
185030, Петрозаводск, Лососинская наб., д. 9

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_  
Адрес места регистрации (жительства) субъекта  
персональных данных

\_\_\_\_\_  
наименование документа, удостоверяющего  
его личность

\_\_\_\_\_  
серия, номер, дата выдачи указанного документа

\_\_\_\_\_  
наименование органа, выдавшего документ

**Заявление**

Прошу Вас прекратить обработку моих персональных данных в связи с

\_\_\_\_\_  
указать причину

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)