

Отзыв согласия на обработку персональных данных

Наименование медицинской организации

Ф. И. О. субъекта персональных данных

Адрес, где зарегистрирован субъект персональных данных

Номер основного документа, удостоверяющего его личность

Дата выдачи указанного документа

Наименование органа, выдавшего документ

Прошу Вас прекратить обработку моих персональных данных в связи с _____

(указать причину)

«__» _____ 20__ г.

Подпись

Расшифровка подписи