

Форма заявления
об отказе на обработку
персональных данных

Краевое государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Николаевская-на-Амуре центральная
районная больница» министерства здравоохранения

Хабаровского края

(Наименование оператора)

682469, Хабаровский кр., г Николаевск-на-Амуре, ул.

Школьная, д.115

(Адрес оператора)

(Ф, И.О. субъекта персональных данных)

(Адрес, где зарегистрирован субъект персональных данных)

(Номер основного документа, удостоверяющего его личность)

(Дата выдачи указанного документа)

(Наименование органа, вызвавшего документ)

Заявление

Прошу Вас прекратить обработку моих персональных данных в связи с
неправомерным их использованием.

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

(электронная подпись)