

Форма отзыва согласия на обработку персональных данных

Руководителю ООО "ДЕНТАЛ-СИТИ. Стоматологическая Клиника №1"
(наименование оператора, обрабатывающего персональные данные)

(фамилия, имя, отчество, номер основного документа,

удостоверяющего личность субъекта персональных данных или его представителя,

сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

ЗАПРОС

на прекращение обработки персональных данных в связи с отзывом согласия на обработку
персональных данных

В соответствии с ч. 5 ст. 21 Федерального закона «О персональных данных» и в связи с

прошу вас прекратить обработку моих персональных данных:

Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по адресу:

в установленные законом сроки.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)