

Возражение

против принятия решений на основании исключительно
автоматизированной обработки персональных данных

От _____
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____
(вид документа)

№ _____, выдан _____

(кем и когда)

Адрес: _____

Сведения, подтверждающие факт обработки персональных данных в Федеральном
государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский
центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации:

Прошу исключить принятие в отношении меня юридически значимых решений на основании
исключительно автоматизированной обработки моих персональных данных.

(дата)

(подпись)