

**Заявление**  
об отзыве согласия на обработку 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 прекратить обработку моих персональных данных, осуществляемую в целях:

\_\_\_\_\_ (цели обработки персональных данных, в отношении которых отзывается согласие)

по причине:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)