

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 отзываются согласие)
по причине:

(дата)

(подпись)