Главному врачу
ГБУЗ «ГП № 26 г. Краснодара» МЗКК
Е.А. Алексеенко

от _____
(Ф.И.О., номер основного документа, удостоверяющего личность

_____
субъекта или его законного представителя, сведения о дате

выдачи

_____
указанного документа и выдавшем органе, адрес,

_____
контактные данные)

ЗАЯВЛЕНИЕ
на прекращение обработки персональных данных

Прошу прекратить обработку моих персональных данных в связи с:

☐ отсутствием согласия

☐ неправомерной обработкой

☐ достижения цели обработки

☐ Иное:

_____

_____

_____

_____
(описать причину)

_____ _____ _____
(дата) (подпись) (И.О. Фамилия)