

Главному врачу ГКУЗ «ЛОПТД» Голубю Н.В.

от _____
(ФИО заявителя)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность /
номер договора)

Заявление

Прошу заблокировать, обрабатываемые Вами, мои персональные
данные:

(указать блокируемые персональные данные)

на срок: _____ ;
(указать срок блокирования)

по причине: _____ .
(указать причину блокирования персональных данных)

(подпись заявителя)

(ФИО)

« ____ » _____ 20__ г.