

Главному врачу ГКУЗ «ЛОПТД» Голубю Н.В.

от _____
(ФИО заявителя)

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

Заявление

Прошу уничтожить, обрабатываемые Вами, мои персональные данные:

(указать уничтожаемые персональные данные)

по причине: _____
(указать причину уничтожения персональных данных)

(подпись заявителя)

(ФИО)

« _____ » _____ 20__ г.