

Главному врачу
Учреждения здравоохранения
«Витебский областной клинический
кардиологический»
Подолинской Н.А.
субъекта персональных данных

проживающего (ей) по адресу:

_____ года рождения,
идентификационный номер _____

Заявление на получение информации, касающейся обработки своих
персональных данных

В соответствии со ст.11 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021
№ 99-З «О защите персональных данных» прошу предоставить
следующую информацию об обработке моих персональных данных:

Прошу предоставить запрашиваемую информацию в течение
5 рабочих дней после получения настоящего заявления либо уведомить о
причинах отказа в ее предоставлении.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)