

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

проживающего (ей) по адресу:

_____ года рождения,
идентификационный номер _____

Заявление на прекращение обработки персональных данных и (или) их
удаления

В соответствии со ст.13 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-3
«О защите персональных данных» прошу прекратить обработку моих
персональных данных и (или) их удаление.

Прошу в течение 15 рабочих дней после получения настоящего заявления
уведомить меня о результатах рассмотрения данного заявления.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)