

Форма запроса субъекта персональных данных, в случае выявления
недостоверных персональных данных

Директору
ООО "Клиника Преображенская"
С.В. Гриневу
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)

З А П Р О С
на прекращение обработки персональных данных

Прошу прекратить обработку моих персональных данных в связи с:

(описать причину)

(дата)

(подпись)

(расшифровка)