

Директору ООО «Е-Медикал Групп»

(фамилия, имя отчество)

(дата рождения)

(адрес места жительства (пребывания))

(идентификационный номер или номер документа,
удостоверяющего личность)*

(номер мобильного телефона и/или электронная почта)

Заявление

о прекращении обработки персональных данных

В соответствии с частью 1 пункта 1 статьи 13 и статьей 14 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-З «О защите персональных данных» прошу прекратить обработку моих персональных данных (*персональных данных лиц, указанных в части 2 статьи 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ «О здравоохранении»*), а также осуществить их удаление, в том числе обеспечить прекращение обработки персональных данных и их удаление уполномоченным лицом (уполномоченными лицами).

При наличии правовых оснований для продолжения обработки моих персональных данных (*персональных данных лиц, указанных в части 2 статьи 18 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ «О здравоохранении»*) прошу указать ссылки на конкретные нормы актов законодательства, предусматривающие соответствующие действия.

Дата:

Подпись: _____ / _____

* заполняется если эта информация указывалась субъектом персональных данных при даче своего согласия оператору или обработка персональных данных осуществляется без согласия субъекта персональных данных