

Директору ООО «Стоматология Улыбка Тари» Василич О.П.

от \_\_\_\_\_

Ф. И. О. субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_  
Адрес, где зарегистрирован субъект персональных данных

\_\_\_\_\_  
Номер основного документа, удостоверяющего его личность

\_\_\_\_\_  
Дата выдачи указанного документа

\_\_\_\_\_  
Наименование органа, выдавшего документ

### **Отзыв согласия на обработку персональных данных**

Прошу Вас прекратить обработку моих персональных данных в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.