

Форма

Приложение № 9
к Приказу главного врача
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
от «___» _____ 202__ г. № _____

**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ВСЕВОЛОЖСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»
(ГБУЗ ЛО «ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ»)**

Главному врачу
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
Понкратову С.В.

от _____

**ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
проживающ__ по адресу: _____,
паспорт серии _____ № _____ выдан
«_____» _____
код подразделения _____ в соответствии с ч. 2 ст. 9 Федерального закона от
27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" отзываю согласие на обработку моих пер-
сональных данных, данное мною ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» (далее – Оператор)
(ОГРН 1034700559244, ИНН/КПП 4703032701/470301001, расположенному по адресу:
188643, Ленинградская область, г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д. 20).

(дата) 20 _____

(подпись) _____

(расшифровка подписи)

