

Главному врачу
СПб ГБУЗ «ГПТД» Пантелееву А.М.

от _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных либо его
представителя)

зарегистрированного по адресу: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

**ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ
на обработку персональных данных**

Я,

(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо его представителя)

в соответствии с ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", *отзываю* у Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер», расположенному по адресу 196158, г. Санкт-Петербург, ул. Звёздная, д.12, ОГРН 1037821052939, ИНН 7810214300, тел.: 726-92-80; адрес электронной почты: gorptd@zdrav.spb.ru согласие на обработку моих персональных данных.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)