

Приложение №7
к Политике в отношении обработки
персональных данных
ООО «Атлант-М Альянс»

ФОРМА

Руководителю
ООО «Атлант-М Альянс»

(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 п. 1 ст. 13 и ст. 14 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-3 «О защите персональных данных» прошу прекратить обработку ООО «Атлант-М Альянс» моих персональных данных и удалить их.

Дата: _____

Подпись: _____ / _____

ФИО

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