

# ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗТРИВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ

ДО „МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР ЕЙ ЕС ДИ КЪНСЪЛТ“ ЕООД  
КАТО АДМИНИСТРАТОР НА ЛИЧНИ ДАННИ

Долуподписаният/ата..... с ЕГН .....,  
(посочват се трите имена)

e-mail: ....., телефон:.....

Моля, всички лични данни, които събирате, обработвате и съхранявате, предоставени от мен или от трети лица, които са свързани с мен, съобразно посочената идентификация, да бъдат изтрети от Вашите бази данни.

Декларирам, че ми е известно, че част или всички от личните ми данни могат да продължат да бъдат обработвани и съхранявани от администратора за целите на изпълнение на законовите му задължения.

Дата:.....

Подпис: .....

гр. ....