Приложение № 7

к Политике в отношении обработки персональных данных ООО «Страховой брокер Атлант-М»

ФОРМА

Директору

ООО «Страховой брокер Атлант-М»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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-З «О защите персональных данных» прошу прекратить обработку ООО «Страховой брокер Атлант-М» моих персональных данных и удалить их.

Дата:

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* заполняется если эта информация указывалась субъектом

персональных данных при даче своего согласия оператору

или обработка персональных данных осуществляется без

согласия субъекта персональных данных