

В ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая
клиническая больница»

от _____
(ф.и.о. заявителя)

проживающего по адресу:

(почтовый адрес)

(наименование и реквизиты документа доверяющего личность
заявителя)

Заявление

В том случае если ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» обрабатывает мои персональные данные, прошу предоставить мне сведения о Вашей организации. В противном случае, прошу Вас уведомить меня об отсутствии обработки моих персональных данных.

Ответ прошу направить в письменной форме по вышеуказанному адресу в предусмотренный законом срок.

«___» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)