

.....
(data i miejscowość)

.....
.....
.....
.....
(imię, nazwisko, adres, PESEL)

Indywidualna Praktyka Lekarska
Marian Lech Malinowski
ul. Hansa Christiana Andersena 8/13
01-911 Warszawa
polityka.prywatnosci(@)marianmalinowski.pl

WNIOSEK O USUNIĘCIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a na podstawie art. 17 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wnoszę o usunięcie wszystkich danych osobowych dotyczących mojej osoby.

Z poważaniem,
.....