……..
(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

PISMO ODWOŁUJĄCE ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a …… na podstawie art. 7 ust. 3 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 niniejszym odwołuję zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu…….

……..

……

……

……

Z poważaniem,

……..