**Odvolanie súhlasu so spracúvaním osobných údajov**

 **Dolu podpísaný/-á Meno a priezvisko: .......................................................................................................................**

**Bydlisko:**

**......................................................................................................................................**

**týmto odvolávam svoj súhlas, ktorý som poskytol/a KONEX MEDIK, spol. s r.o.,**

**Vozárova 3843/1A, 040 17 Košice - mestská časť Barca, IČO: 31 713 343, na spracúvanie mojich osobných údajov na nasledovný účel:**

**.............................................................................................................................................. ..............................................................................................................................................**

**Beriem na vedomie, že odvolanie nemá vplyv na zákonnosť spracúvania mojich osobných údajov prevádzkovateľom pred týmto odvolaním.**

**V .........................., dňa ....................**

**...........................................**

 **Podpis dotknutej osoby**