

.....  
miejsowość, data

## Wniosek

### Prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych

#### Dane Wnioskodawcy

##### Obowiązkowe:

Imię i nazwisko: .....

Do wyboru: (podanie danych adresowych jest konieczne dla udzielenia odpowiedzi)

Adres do korespondencji: .....

Adres e-mail: .....

Korzystając z przysługującego mi prawa określonego w 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), **cofam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ w Osieku podanych w celu:

.....  
.....

Przyjmuję do wiadomości, że Administrator może odmówić zaprzestania takiego przetwarzania, jeśli wykáže, że posiada prawnie uzasadnioną podstawę do przetwarzania moich danych osobowych, którą według prawa uznaje się za nadrzędną wobec moich interesów, praw i wolności.

Przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie skuteczny dopiero po zweryfikowaniu mojej tożsamości. Realizacja wniosku nastąpi w terminie do 30 dni licząc od daty wpływu wniosku na wskazane w klauzuli informacyjnej dane kontaktowe Administratora.

*Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku dla potrzeb zweryfikowania mojej osoby i spełnienia przez Administratora żądania mojego prawa do udzielenia informacji o przetwarzaniu danych osobowych według przesłanego wniosku.*

*Potwierdzam zapoznanie się z „Klauzulą informacyjną – prawa osób, których dane dotyczą” załączoną na stronie internetowej [www.przychodniazator.pl](http://www.przychodniazator.pl)*

.....  
podpis wnioskodawcy

*Prawidłowe wypełnienie wniosku przyspieszy jego rozpoznanie.*

*W przypadku złożenia wniosku listownie, prosimy o wydrukowanie wniosku dwustronnie.*