**Odvolanie súhlasu so spracovaním osobných údajov**

# Podpísaný/á: Titul.................Meno..........................................Priezvisko.................................................................................................

Rodné priezvisko............................................................Deň, mesiac a rok narodenia......................................................

Rodné číslo....................................................Miesto a okres narodenia................................................................................

Trvalé bydlisko............................................................................................................................................................................

Odvolávam súhlas so spracovaním osobných údajov podľa § 13 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov, ktorý som poskytol/a v prevadzke zubnej ambulancie ZAY ZUB s.r.o., Bajkalská ulica 29/E,  82101 Bratislava, IČO: 36 713 422.

Zároveň som si vedomý/á práv dotknutej osoby podľa §21 až §27 a §100 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

# V..............................dňa.............................. ................................................................

Podpis žiadateľa alebo zákonného zástupcu

\* odvolanie súhlasu je potrebné zaslať emailom na [napis@zay-zub.sk](napis%40zay-zub.sk) alebo poštou na adresu:

ZAY ZUB s r.o.

Ružinovská 1

82102 Bratislava