

## FORMULARZ WYCOFANIA ZGODY RODZICIELSKIEJ

Ja, .....[imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela/opiekuna prawnego], żądam wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych .....[imię i nazwisko osoby niepełnoletniej, której dane dotyczą] przez Estedentica Magdalena Jaszczak – Małkowska z siedzibą przy ul. Dobrej 27 lok. A, 00-344 Warszawa.

W związku z tym nie zgadzam się na dalsze przetwarzanie danych osobowych ..... [imię i nazwisko osoby niepełnoletniej, które dane dotyczą] przez Estedentica Magdalena Jaszczak – Małkowska w celu świadczenia usług specjalistycznych, wykonania zabiegów stomatologicznych, wysyłania wiadomości mailowych (np. kosztorysy konsultowanych usług), prowadzenia korespondencji oraz konsultowania się z pacjentem w toku prowadzonego procesu leczenia, na które uprzednio wyraziłem(-am) zgodę za pomocą „FORMULARZA ZGODY RODZICIELSKIEJ”.

Jednocześnie wskazuję, iż jestem świadomy/a że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Podpis:

Data:

---

---