

FORMULARZ WYCOFANIA ZGODY OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Ja, *[imię i nazwisko osoby, które dane dotyczą]*, żądam wycofania mojej zgody na przetwarzanie danych osobowych przez **Cannabi Care Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (03-138) przy ul. Topolowej 30/85**, która była udzielona w celu *[należy określić czynność przetwarzania, na którą udzielana jest zgoda]*. W związku z tym nie zgadzam się na dalsze przetwarzanie moich danych osobowych przez **Cannabi Care Sp. z o.o.** w celu *[należy określić czynność przetwarzania, na którą udzielana jest zgoda]*.

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

Dokument podpisany przez osobę, której dane dotyczą:

Podpis:

Data:

