**A személyes adatok kezeléséhez adott hozzájárulás visszavonása**

 **Alulírott vezeték- és keresztnév: .......................................................................................................................**

**Lakhely:**

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

**Ezennel visszavonom a KONEX MEDIK, spol. (K.f.t.),**

**Vozárova 3843/1A, 040 17 Kassa – városi rész Barca, statisztikai szám: 31 713 343, személyes adataim kezelésére való egyetértésem az alábbi célból:**

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

**Tudomásul veszem, hogy a fellebbezés nem érinti személyes adataim üzemeltető általi kezelésének jogszerűségét a jelen fellebbezés előtt.**

**Helyszín: ..........................**

**Dátum: .............................**

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

 **Az érintett aláírása**