

ODVOLÁNÍ SOUHLASU SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Název projektu	CREDIT
Jméno lékaře	
Jméno a příjmení pacienta(ky)	

Pacient(ka),

ODVOLÁVÁ SVŮJ SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

A) v celém rozsahu

B) v rozsahu:

Vyberte variantu A v případě, že máte v úmyslu odvolat souhlas v celém rozsahu. Pokud označíte variantu B, tak prosím i uveďte, v jakém rozsahu souhlas odvoláváte.

Poučení: Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním. Odvoláním souhlasu není dotčeno zpracování osobních údajů mající jiný právní základ než udělení souhlasu.

V _____
_____ podpis pacienta(ky)

Dne _____

Děkujeme Vám za dosavadní spolupráci!

1 výtisk pro pacienta, 1 výtisk pro poskytovatele zdravotních služeb