Аз, .................................................................................................................................................................

/*име на субекта на данните*/

искам да оттегля съгласието си да обработвам моите лични данни от МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ. Поради това МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ вече няма съгласието ми да обработва моите лични данни за целите на

.................................................................................................................................................................

*/ посочете обработващата дейност, за която се оттегля съгласието/*

която преди това е била предоставена с помощта на "ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ".

Оттеглянето на съгласието не засяга законността на обработващите дейности до този момент.

............................................................................

/*име на субекта на данните*/

Подпис: Дата:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_