



7024

Identifikácia dotknutej osoby, ktorá si želá odvolať súhlas

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliska	PSC
Mobilný telefón / telefonický kontakt	
E-mail	

ODVOLANIE SÚHLASU S ELEKTRONICKOU KOMUNIKÁCIOU PRE FYZICKÉ OSOBY

Týmto odvolávam svoj súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely elektronickej komunikácie, ktorý som udelil(a) spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B.

V

dňa

Podpis dotknutej osoby/meno, priezvisko
(*paličkovým písmom*) a podpis zákonného
zástupcu

Meno a priezvisko pracovníka prevádzkovateľa,
ktorý overil totožnosť Dotknutej osoby
(*paličkovým písmom*)

Podpis pracovníka prevádzkovateľa,
ktorý overil totožnosť Dotknutej osoby