



ODVOLANIE SÚHLASU S ELEKTRONICKOU KOMUNIKÁCIOU

Identifikácia dotknutej osoby, ktorá si želá odvolať súhlas

Titul, meno a priezvisko			
Adresa trvalého pobytu			
Rodné číslo / IČO			
E-mailová adresa		Telefónne číslo	

Týmto odvolávam svoj súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely elektronickej komunikácie, ktorý som udelil(a) spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO: 00 585 441, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/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