



Асоциация лицеви
аномалии – АЛА
www.ala-bg.org

Association facial
anomalies – ALA
www.ala-bg.org

ОРЗД-206

**ФОРМА ЗА ОТТЕГЛЯНЕ НА СЪГЛАСИЕ ОТ
РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИК**

Версия на документа 1.0 от 25.05.2018; Стр. 1 от 1

Администратор: Сдружение „Асоциация
лицеви аномалии - АЛА”

Отговорник: Жана Ангелова

Аз, долуподписан/ият/та

.....
(три имена на родител/настойник, друга информация за идентификация),

в качеството си на родител/настойник искам да оттегля съгласието да се обработват
личните данни на

.....
(три имена на детето, друга информация за идентификация)

обработвани от

Сдружение „Асоциация лицеви аномалии - АЛА”, ЕИК 115119730

(име на администратора, данни за идентификация)

С НАСТОЯЩОТО ВИ УВЕДОМЯВАМ, ЧЕ:

Оттеглям съгласието ми да се обработват личните данни на

.....
(име на детето) за целите на

създаването и поддържането на регистър/база данни на пациенти с вродени лицеви
аномалии, с подробна информация за проследяване на мултидисциплинарното им лечение
и оценка на резултатите от него.

Разбирам, че обработката ще бъде спряна възможно най-бързо, ако не и веднага в онлайн
автоматизирана среда. Въпреки това може да има разумно забавяне, докато заявката за
изтегляне се обработва.

Разбирам, че оттеглянето на съгласието не засяга законосъобразността на обработката до
този момент.

Запознат съм, че имам право на възражения и жалби пред Комисия за защита на личните
данни, която е надзорен орган в Република България, в случай, че администраторът на
лични данни продължи обработването горепосочените данни след оттеглянето на
съгласието с настоящото уведомление.

Подписано от родител/настойник:

Дата:

Получено от:.....на.....

Контакт с Администратора на лични данни:

Уебсайт: ala-bg.org

E-mail: office@ala-bg.org

Телефон: 0888 932 533