**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

**(άρθρο 7 παρ. 3 ΓΚΠΔ)**

**Όνομα:**

**Επώνυμο:**

**Iδιότητα:**

**Τόπος κατοικίας:**

**Αριθμός τηλεφώνου:**

**Email:**

Με το παρόν δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι ανακαλώ τη συγκατάθεση που είχα παράσχει στον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο ……………, την ../../2018, για την επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα για τον συγκεκριμένο σκοπό για τον οποίο είχα συναινέσει στην ανωτέρω επεξεργασία, σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 3 του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων.

…../..…/2018

Ο/Η Δηλών/ούσα