



Canna Med Pharma

Oświadczenie o Prawie do Bycia Zapomnianym

Imię i nazwisko: _____

Adres e-mail: _____

Telefon kontaktowy: _____

Data zgłoszenia: _____

Oświadczam, że zgodnie z art. 17 RODO (Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679), żądam usunięcia wszystkich moich danych osobowych przetwarzanych przez Canna Med Pharma Sp. z o.o.

Podpis: _____

Data: _____