

INFORMACIÓN AL PACIENTE EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Yo (nombre y apellidos) _____

con DNI _____ doy mi autorización para el tratamiento de mis datos (personales y de salud) a ANESAFE SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SL, para que utilicen los mismos con la finalidad de garantizar una asistencia adecuada como paciente.

He sido informado/a sobre la existencia de ficheros donde se guarda dicha información y que se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales en las dependencias de ANESAFE SL , C/Monasterio de Liébana, 3C, 1ºB, Madrid – 28049. Dichos ficheros están protegidos y con acceso limitado y restringido, siendo responsable ANESAFE SL. Se han adoptado las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso a los datos.

Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal.

Según el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016, puedo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y supresión por escrito dirigiéndome a ANESAFE SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SL. CIF B86479912. C/Monasterio de Liébana, 3C, 1ºB. Madrid – 28049 o a través del correo indolora.es@gmail.com. De igual modo tengo derecho a obtener confirmación sobre si se están usando mis datos personales por la empresa mencionada anteriormente.

Así mismo, doy mi autorización para que me ofrezcan productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarme como cliente.

Para que quede constancia de que consiento la cesión de mis datos, firmo el presente documento:

En Madrid a _____ de _____ de 20_

Fdo. (Nombre, Apellidos y DNI)

Firma: