

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS.

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.), SE INFORMA:

Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, son incorporados un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es _____.

Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios _____, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.

Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad como profesionales de _____, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto son cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del consumidor.

Una vez finalizada la relación entre la empresa y el paciente los datos serán archivados y conservados, durante un periodo tiempo mínimo de 5 años des del último contacto, tras lo cual seguirá archivado o en su defecto serán devueltos íntegramente al consumidor o autorizado legal.

Los datos que facilito serán incluidos en el Tratamiento denominado _____ con la finalidad de gestión de _____, emisión de facturas, contacto..., todas las gestiones relacionadas con los consumidores y manifiesto mi consentimiento.

También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo por escrito a _____ con domicilio en _____.

Los datos personales sean cedidos por _____ a las entidades que prestan servicios a la misma.

Nombre y apellidos del consumidor: _____ DNI: _____

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA: _____