

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

DATOS DEL USUARIO

NOMBRE **APELLIDOS**
D.N.I **NACIONALIDAD**
DOMICILIO **C.P. Y LOCALIDAD**.....

DATOS DE AUTORIZACIÓN

De conformidad con el artículo 9.2.a del RGPD se solicita su consentimiento explícito, libre y voluntario para el tratamiento de sus datos de carácter personal. Antes de prestar su consentimiento debe leer la siguiente información básica sobre protección de datos:

RESPONSABLE

El responsable de sus datos de carácter personales ASOCIACIÓN LUCENSE ESCLEROSIS MÚLTIPLE con N.I.F. G27209535

FINALIDAD

La finalidad perseguida es la prestación del servicio acordado y atención a las consultas planteadas por el usuario. Igualmente, la oferta prospectiva de productos y servicios está basada en el consentimiento solicitado, sin que en ningún caso la retirada de este consentimiento condicione la ejecución del contrato de suscripción

☐ *Presto mi consentimiento para el envío de publicidad relacionada con los servicios de ASOCIACIÓN LUCENSE ESCLEROSIS MÚLTIPLE*

☐ *No presto mi consentimiento para el envío de publicidad relacionada con los servicios de ASOCIACIÓN LUCENSE ESCLEROSIS MÚLTIPLE*

LEGITIMACIÓN

La base para el tratamiento de sus datos de carácter personal es el consentimiento válidamente otorgado de conformidad con lo establecido en el artículo 6.1.a del RGPD y el artículo 6 de la Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

DESTINATARIOS

Sus datos de carácter personal no serán cedidos a terceros salvo obligación legal, igualmente se le informa que sus datos no serán transferidos a terceros países.

DERECHOS

Usted tiene derecho como titular de los datos a acceder, rectificar, suprimir o limitar el tratamiento de sus datos de carácter personal de conformidad con lo establecido en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Usted podrá consultar información adicional sobre protección de datos solicitándola en el local sito en Avda. Infante Elena 11 Casa Clara Campomar Local 9 (27003-Lugo) o mediante correo electrónico a lugoalum@gmail.com

De conformidad con lo anteriormente expuesto, presto mi consentimiento explícito para el tratamiento de mis datos de carácter personal, incluidos aquellos relacionados con la salud.

Para que conste a todos los efectos legales, firmo la presente.

En, a de De 20.....

El/la paciente/tutor

Fdo.-.....