

CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS PERSONALES Y MÉDICOS

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, sobre **protección de datos de carácter personal**, le informamos que sus datos personales van a ser tratados conforme a las exigencias de la normativa actualmente vigente sobre la materia, encontrándose adaptada esta entidad a las disposiciones de dicha ley, y solicitamos su expreso consentimiento para poder tratarlos con las adecuadas medidas de seguridad que esta entidad ha aprobado para evitar en todo momento cualquier tipo de sustracción, pérdida o acceso por parte de terceros ajenos a esta entidad, siguiendo en todo momento el deber de secreto profesional y la debida confidencialidad en el tratamiento de sus datos.

Asimismo, solicitamos su expreso consentimiento para dirigirnos a Ud. a fin de mantenerle informado sobre los servicios ofertados por esta entidad que pudieran ser de su interés en un futuro.

La cesión de sus datos solo se contempla en el supuesto de ser absolutamente preciso para una correcta prestación de nuestros servicios, o en el caso de que una disposición legal exija dicha comunicación a terceros.

Su consentimiento es revocable en cualquier momento, mediante inequívoca manifestación en ese sentido por carta dirigida a CLINICA DE FISIOTERAPIA ECOM, S.L., al domicilio sito en Calle Alicante, nº 39-bajo, de Ibi (03440-IBI-ALICANTE), donde también podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición al tratamiento de sus datos, conforme dispone la normativa actualmente vigente.

Finalidad: Hacer uso de los servicios y tratamientos que el centro ofrece. Legitimación: Consentimiento del interesado. Cesiones. No se cederán datos salvo obligación legal. Para más información puede ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico: clinicaecom@hotmail.com

Mediante la firma del presente documento autorizo a ceder mis datos personales a la CLINICA DE FISIOTERAPIA ECOM S.L. de acuerdo con lo dispuesto en Reglamento Europeo de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, sobre protección de datos de carácter personal, reconociendo que he sido informado/a y he podido realizar todas las preguntas necesarias sobre ello.

Nombre y apellidos: _____ Fecha: N° Historial:

D.N.I.: _____



Firma del paciente (o representante legal en menores de edad)

En caso de menores de edad

Nombre del representante legal en caso de incapacidad o minoría de edad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.): _____

Indique la relación con el menor _____ y su DNI: