

Consentimiento expreso para la autorización a un tercero/a la retirada de resultados clínicos

DATOS DEL/DE LA TITULAR

Autorizo a

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA

D./Dña

DNI

para retirar copia parcial o total de la documentación relativa a resultados clínicos elaborados y gestionados por ALEMANY LABORATORIO S.L..

En _____ a _____ de _____ De 20 _____

Firma paciente:

Firma autorizado/a

En cumplimiento de la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le indicamos que la información que Ud. nos facilita de forma voluntaria, será objeto del tratamiento de datos de carácter personal, cuya finalidad es la gestión de historias clínicas de los pacientes de ALEMANY LABORATORIO S.L., como responsable del tratamiento. Cualquier cesión de sus datos personales a terceros que exija de su previo consentimiento, le será debidamente comunicada. Puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación, limitación, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos a través de los medios puestos a su disposición mediante escrito (adjuntando fotocopia DNI) dirigido a ALEMANY LABORATORIO S.L. en C/ Monte Esquinza, 25 Entresuelo Izdo., 28010, Madrid (Madrid) o mediante correo electrónico a administracion@alemanyab.com.

