

AUTORITZACIÓ

Dades del pacient

Nom

Cognoms

DNI

CIP

Domicili

Autoritza a:

Sr./ Sra/ _____ amb DNI _____

com a representat legal de la persona sol·licitant per recollir qualsevol documentació del taulell d'administració.

En virtut de la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal, per la present autoritza a que les dades personals facilitades siguin incorporades en un fitxer denominat Pacients, responsabilitat de EBA VALLCARCA S.L.P. i seu social a Av. Vallcarca 169-205 08023 de Barcelona. La finalitat d'aquest tractament és gestionar la seva petició i els tràmits relacionats amb la prestació sanitària als pacients. Aquestes dades no seran transmeses a terceres persones i seran conservades fins a 15 anys en quant formin part de la història clínica. En qualsevol cas podrà indicar la revocació del consentiment atorgat, així com exercitar els drets d'accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions caldrà fer-les en Av. Vallcarca 169-205 08023 de Barcelona. Així mateix, també podrà presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de dades o contactar amb la delegada de protecció de dades mitjançant el correu electrònic protecciodades@ebavallcarca.cat

Autoritzant

Autoritzat

Barcelona a , _____ de _____ de 20 ____

Cal adjuntar fotocòpia del DNI i la targeta sanitària de la persona autoritzant.