

FORMULARIOS EJERCICIO DERECHOS

(Debe adjuntar copia DNI/NIE/Pasaporte)

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:

RAZÓN SOCIAL:

NIF:

Datos de contacto para ejercer los derechos:

Plaza del Conde de Valle de Suchil, 2, 28015 Madrid

Correo electrónico: dpo@hmhospitales.com

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL:

D./ D^a., mayor de edad, con domicilio en..... nº....., Localidad..... C.P..... Provincia..... Comunidad Autónoma..... Teléfono Correo Electrónico: con D.N.I....., del que acompaña copia, por medio del presente escrito ejerce el derecho como interesado conforme a los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23 del Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), y en consecuencia, SOLICITA, Que se le facilite gratuitamente el derecho de (marcar con una X solo una casilla):

<input type="checkbox"/>	Acceso a sus datos
<input type="checkbox"/>	Rectificación de sus datos
<input type="checkbox"/>	Supresión de sus datos
<input type="checkbox"/>	Portabilidad de sus datos
<input type="checkbox"/>	Limitación del tratamiento de sus datos
<input type="checkbox"/>	Oposición al tratamiento de sus datos
<input type="checkbox"/>	No ser objeto de elaboración de perfiles

Que, conforme al art. 12 del RGPD en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud (plazo que puede prorrogarse a máximo 2 meses para casos complejos) se responda a la presente solicitud (marcar la casilla correspondiente con una X):

<input type="checkbox"/>	Presencial
<input type="checkbox"/>	Correo ordinario
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico

En Madrid, a ____ de _____ de 20____

Fdo: _____

Nombre y Apellidos, con NIF

Fdo.

Nombre y Apellidos del Representante legal, con NIF

Ejerce la representación legal de