

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZACION DE DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ DNI _____

REPRESENTANTE DEL MENOR _____ DNI _____

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1.999, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros de **NOMBRE DEL TITULAR DEL FICHERO**, con el fin de **FINALIDADES DEL FICHERO**. En este sentido, usted consiente de forma expresa a que sus datos sean tratados para dar cumplimiento a la finalidad indicada anteriormente así como para remitirle información relativa a los servicios y productos por **NOMBRE DEL TITULAR DEL FICHERO** de especial interés para usted.

No consiento el tratamiento para fines comerciales y publicitarios.

También nos autoriza para el envío de mensajes de texto y correo electrónico, el envío de comunicaciones comerciales y principalmente para el recordatorio de las citas y/o revisiones relacionadas con su tratamiento odontológico o fisioterapéutico.

No consiento el envío de comunicaciones electrónicas.

Asimismo, le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en **DIRECCION COMPLETA**

También le informamos que mediante la aceptación del presente documento usted consiente de forma expresa, a que sus datos personales sean cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario al **DESTINATARIOS DE LOS DATOS RELACIONADOS CON LA FINALIDAD DE LOS MISMOS** por cuya cuenta se presta el servicio, con el fin de prestarle los servicios _____ solicitados.

No consiento en la cesión de mis datos

FIRMA DEL CLIENTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

(Sólo para menores de 14 años)

