

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS
DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos y garantía de los derechos digitales, le INFORMO de lo siguiente:

RESPONSABLE:

Instituto de Neurociencias y Salud, S.L.P con domicilio en: Avenida Comandante Benítez, N°15, Planta Baja Puerta B, 29001 Málaga.
Teléfono: 952215233. Contamos con Delegado de Protección de Datos, con el que podrá contactar en el email: info@institutoneurocienciasysalud.com

FINALIDAD:

La finalidad es la gestión de los datos de los pacientes y de su historia clínica y de las tareas administrativas derivadas de la prestación asistencial. Así como envío de información sobre nuestros servicios y promociones. El acceso a los datos sólo será efectuado por personal autorizado y estará sujeto al deber de confidencialidad y a la obligación de secreto profesional (para aquellos profesionales sujetos al mismo). Sus datos se tratarán de acuerdo con la normativa vigente, sin que puedan utilizarse para finalidades diferentes de las aquí autorizadas.

LEGITIMACIÓN:

Tratamos sus datos en virtud de su consentimiento, así como la ejecución de relaciones contractuales, para el cumplimiento de una obligación legal y por interés legítimo (Artículo 6 y 9 del Reglamento General de Protección de Datos).

DESTINATARIOS:

No se realizan transferencias internacionales de sus datos. Tampoco se cederán sus datos a terceros

PLAZO SUPRESIÓN:

Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

DERECHOS:

En cualquier momento podrán ejercerse los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, puede ejercerlos tanto a la dirección como al email, que constan al inicio del documento. Tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. Puede presentar una

reclamación a la A.E.P.D., mediante la sede electrónica de la Autoridad o por medios no electrónicos, en el caso que entienda vulnerados sus derechos

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Más información adicional y detallada solicitándola a través de nuestro Delegado de Protección de datos en el email: info@institutoneurocienciasysalud.com o disponible en la Política de Privacidad de la web <http://www.institutoneurocienciasysalud.com>

El abajo firmante garantiza la veracidad de los datos proporcionados y se compromete a comunicar cualquier modificación que pudiera acontecer. En caso de que proporcione datos de carácter personal en nombre de otras personas, deberá aportar documento de representación por escrito y documentos identificativo de ambos.

He leído y acepto las condiciones de uso y el tratamiento de mis datos del modo anteriormente indicado.

Nombre:	Firmado y conforme:
Apellidos:	
DNI/NIE/Pasaporte:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS ESPECIALMENTE
PROTEGIDOS DEL PACIENTE**

En cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, solicitamos su consentimiento para tratamiento de sus datos de salud.

Firmado y conforme:

En Málaga a ____ de _____, del 202__.