



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros de **CONSULTA DR. PEDRO FERNÁNDEZ DÍAZ-VILLABELLA**, con el fin de prestarles los servicios médicos solicitados.

En este sentido, usted consiente de forma expresa a que sus datos sean tratados por **CONSULTA DR. PEDRO FERNÁNDEZ DÍAZ-VILLABELLA** para dar cumplimiento a la finalidad indicada anteriormente.

Así como a ceder sus datos personales a terceras personas físicas o jurídicas que sean necesarias para el normal desarrollo de la actividad de la **CONSULTA DR. PEDRO FERNÁNDEZ DÍAZ-VILLABELLA**, y para la normal continuidad de la actividad de esta sociedad.

En todo caso, esta cesión se realiza de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos personales y normativa aplicable, la cual se extiende a las personas físicas y jurídicas receptoras de dichos datos personales.

Asimismo, le informamos que usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en **CONSULTA DR. PEDRO FERNÁNDEZ DÍAZ-VILLABELLA ARQUITECTO REGUERA 13, ESC. A, 4ªA 33004 OVIEDO**.

No consiento el tratamiento de mis datos personales por parte **CONSULTA DR. PEDRO FERNÁNDEZ DÍAZ-VILLABELLA**.

No consiento la cesión de mis datos personales por parte **CONSULTA DR. PEDRO FERNÁNDEZ DÍAZ-VILLABELLA** a terceros

Nombre y apellidos del paciente

DNI: _____

En, a de de 2.0.....

Fdo.