



FACIALTEAM

DERECHO DE OPOSICIÓN EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

DATOS DEL INTERESADO

D./Dña. _____, mayor de edad, con domicilio en C/
_____, nº. _____, C.P. _____, Localidad _____,
Provincia _____, Comunidad Autónoma _____, correo electrónico
_____, con D.N.I. _____, del que se acompaña copia.

DATOS DEL REPRESENTANTE (EN SU CASO)

D./Dña. _____, mayor de edad, con domicilio en C/
_____, nº. _____, C.P. _____, Localidad _____,
Provincia _____, Comunidad Autónoma _____, correo electrónico
_____, con D.N.I. _____, del que se acompaña copia.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre / razón social: SICAP HEALTHCARE S.L.P, con domicilio en High Care Hospital, C/ Ventura del Mar 11, C.P.: 29660 Marbella (Málaga) España, C.I.F. B93072650.

De conformidad con lo previsto en el artículo 21 del Reglamento (UE) 2016/679, SOLICITO al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que proceda a cesar en el tratamiento de mis datos personales para fines de

1

¹ En caso de que la presente solicitud sea calificada como infundada o excesiva, tenga Ud. en cuenta que le puede ser denegado su derecho de oposición, así como que se le podrá cobrar un canon razonable por los costes administrativos incurridos.

1





FACIALTEAM

En concreto, tenga Ud. en cuenta que puede solicitar que se cese en el tratamiento de sus datos personales con fines de mercadotecnia directa (publicidad comercial) y/o para la elaboración de perfiles.

Que en caso de que se estime/deseestime cesar en el tratamiento de mis datos personales para los fines anteriormente citados, tal decisión me sea comunicada por _____ (recogida presencia o medio electrónico).

INFORMACIÓN PARA EL INTERESADO:

El cese en el tratamiento de los datos personales solicitado (oposición) deberá realizarse respetando la legislación vigente.

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma

D/Dña. _____ (interesado/representante)

IMPORTANTE (ADJUNTAR A LA SOLICITUD):

- Si es usted el interesado, deberá adjuntar copia de su DNI.
- Si es usted el Representante, deberá adjuntar copia del DNI del interesado, así como copia de su DNI y documento acreditativo auténtico de su representación.





FACIALTEAM

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de los datos personales de las personas físicas (RGPD), le informamos que la información personal que ha facilitado quedará debidamente registrada e incorporada a los sistemas de tratamiento de datos responsabilidad de SICAP HEALTHCARE S.L.P y ello, con la finalidad de atender su solicitud. Por tal motivo, si usted no está conforme con el tratamiento descrito no podremos procesar el objeto de su solicitud. Igualmente, venimos a informarle de que su información personal no será comunicada a ningún destinatario salvo a aquellos que nos autorice usted o exija la ley, así como tampoco será destinada a ninguna otra finalidad distinta a la aquí informada o que resulte incompatible con la misma. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de algún tratamiento específico, portabilidad, decisiones automatizadas y oposición al tratamiento descrito en la siguiente dirección: High Care Hospital, C/ Ventura del Mar 11, C.P.: 29660 Marbella (Málaga). No obstante, si así lo desea, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección: delegadolpd@facialteam.eu. Para el caso de que Ud. precise conocer información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales, puede consultar la información adicional en el siguiente link: <https://facialteam.eu/privacy-policy/>

