



FACIALTEAM

DERECHO DE ACCESO EJERCICIO DEL DERECHO DE ACCESO

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 15 del Reglamento (UE) 2016/679, SOLICITO al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que me comunique si está o no tratando mis datos personales y, en caso afirmativo, me facilite una (1¹) copia de mis datos personales objeto de tratamiento², comunicándome a su vez la información recogida en el apartado 1 del artículo 15 del Reglamento (UE) 2016/679³.

¹ La solicitud de una (1) copia será totalmente gratuita para Ud., si bien en el caso de que Ud. quisiera disponer de más de una copia deberá tener presente que se le podrá cobrar un canon razonable por los costes administrativos incurridos.

² En caso de que Ud. quisiera acceder únicamente a una parte de sus datos personales objeto de tratamiento, y no a todos ellos, por favor hágalo constar en el epígrafe "Observaciones" especificando a qué concretos datos quiere acceder.

³ En caso de que la presente solicitud sea calificada como infundada o excesiva, le puede ser denegado su derecho de acceso.





FACIALTEAM

Que a los efectos de recibir la copia de mis datos personales objeto de tratamiento, solicito que la misma me sea remitida por _____ (recogida presencial o medio electrónico).

Observaciones:

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.

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/>



FACIAL FEMINIZATION SURGERY

facialteam.com