



FACIALTEAM

DERECHO DE RECTIFICACIÓN EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN

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 16 del Reglamento (UE) 2016/679, SOLICITO al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que proceda a la efectiva rectificación de mis datos personales inexactos y/o incompletos objeto de tratamiento¹.

En este sentido, le comunico que los datos inexactos y/o incompletos a rectificar son los que se detallan en la Hoja Anexa a esta solicitud, acompañando en su caso la documentación justificativa de la inexactitud o del carácter incompleto de mis datos².

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.

² En caso de que acompañe documentación, se ruega que la misma sea adjuntada junto a la presente solicitud en formato legible y entendible, para así poder cursar adecuadamente la solicitud.





FACIALTEAM

Que en caso de que se estime/desestime la rectificación de mis datos personales, tal decisión me sea comunicada. Que a los efectos de recibir esta comunicación, solicito que la misma me sea remitida por _____ (recogida presencia o medio electrónico).

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/>



