

RECONOCIMIENTO DEL MÉDICO PARA LA OBTENCIÓN DE LA TARJETA

¡NO aguanto más!

Nombre:
Apellidos:
Dirección:
Dr./Dra.:
Colegiado/a nº:

Vistos los informes e historial del paciente obrantes en la base de datos del Hospital o Centro de Salud, perteneciente al Servicio Canario de la Salud, **RECONOZCO**, la necesidad del paciente para la emisión de la tarjeta
¡NO aguanto más!

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

Le informamos que, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, los datos de carácter personal facilitados en este impreso se incluirán en ficheros de titularidad del ACCU Canarias y se utilizarán para realizar las tareas propias de la gestión así como para dar respuesta a su solicitud.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a ACCU Canarias, en los datos expuestos en el encabezado de la solicitud, donde puede también dirigirse para ampliar la información sobre la finalidad, tratamiento y responsabilidad de los datos recogidos en este impreso.