Formulario para el ejercicio de los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición de Titulares de Datos

D/Dña. _ _____ DNI _____ - _____

Domicilio_____CP _____

Localidad _____ Provincia _____ * Teléfono de Contacto _____

* El campo solicitado no es obligatorio para cursar la solicitud. La finalidad de solicitar dicho campo está referenciada para poder comunicarnos con usted ante algún aspecto que pudiera generarnos dudas por el ejercicio solicitado.

Solicita (Marque el ejercicio que desea ejercitar):

☐ Ejercitar el **Derecho de Acceso** sobre sus datos de carácter personal, solicitando se le remita dicha información por correo a la dirección anteriormente indicada.

☐ Ejercitar el **Derecho de Rectificación** de los siguientes datos de carácter personal en el sentido que se indica a continuación:

☐ Ejercitar el **Derecho de Cancelación** de los datos de todos los archivos/ficheros de Instituto Murciano de Fertilidad S.L.P

☐ Ejercitar el **Derecho de Oposición** al tratamiento sus datos para las siguientes finalidades (marque o enumere las finalidades objeto de la oposición):

- ☐ Remitirle información o comunicaciones sobre servicios, eventos o actividades del Instituto Murciano de Fertilidad S.L.P
- ☐ Otras _____

Se deberá entregar el formulario debidamente cumplimentado y adjuntando una fotocopia de DNI o documento equivalente, que acredite la identidad del interesado y sea considerado válido de acuerdo al ordenamiento jurídico Español. Si actúa en representación de un tercero deberá aportarse DNI del representante y documento acreditativo de la representación de interesado. El siguiente formulario deberá remitirse por correo a **Instituto Murciano de Fertilidad S.L.U**, **Unidad de Interlocución ARCO/LOPD, Av. de los Pinos Nº 5 Edificio Olímpico, 30009 Murcia.**

La relación se estableció como (marque con una “x”): ☐ Cliente ☐ Usuario Web ☐ Donantes ☐ Pacientes ☐ Otras _____

FIRMA: