

### TARJETA SALUD - FORMULARIO DE SOLICITUD

Apellido 1				Apellido 2				Nombre			
DNI			Fecha de nacimiento	/	/	Sexo			Estado civil		
Domicilio							Población				
CP	Provincia					Teléfono			Correo-e		
<p>El abajo firmante declara que los datos expresados se corresponden con la realidad y autoriza al tratamiento de los datos personales (incluyendo su incorporación en los correspondientes ficheros) incorporados en la solicitud.</p> <p>En cumplimiento con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, los datos proporcionados por los usuarios serán incorporados a los ficheros inscritos en el Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos, de los que es responsable SERVINOR PREVENCIÓN S.L.</p> <p>El usuario podrá ejercer gratuitamente sus derechos de acceso, cancelación, rectificación u oposición. Deberá remitir por escrito la solicitud correspondiente al derecho que pretenda ejercitar convenientemente firmada, acompañada de fotocopia del DNI y dirección a efecto de notificaciones, a la dirección postal Avenida Peregrina 21 - Bajo (15220) Bertamiráns - Ames (A Coruña), o mediante correo electrónico firmado mediante firma electrónica avanzada conteniendo la documentación referenciada con anterioridad a la siguiente dirección <a href="mailto:lopd@servinorprevencion.com">lopd@servinorprevencion.com</a>.</p>											

<b>Fecha y firma</b>	
En _____ a ____ de _____ de 20 ____	Firmado _____