

RECOGIDA DE PRUEBAS MÉDICAS

Yo D./Dña _____ con DNI nº _____.

Autorizo a D./Dña _____ con DNI nº _____

a recoger los resultados de las pruebas que me han sido realizadas, y eximo a **CLINICA PAREJO Y CAÑERO S.L.** de cualquier responsabilidad en lo concerniente a la protección de mis datos de carácter personal según la LO 15/99.

Puente Genil a _____ de _____ 20__ Firma: _____

recogida de informe:

Firma:

Yo D./Dña: _____ con DNI nº: _____

he recogido el informe/prueba en la **CLINICA PAREJO Y CAÑERO S.L.** de
D./Dña: _____

Puente Genil a _____ de _____ 20__

Firma:

POLITICA DE PRIVACIDAD

*En el cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y sus reglamentos de desarrollo, **CLINICA PAREJO Y CAÑERO, S.L.**, le informa que los datos personales incluidos en este formulario, serán incorporados a nuestros ficheros con la finalidad de gestionar la entrega de los resultados de pruebas y/o análisis por parte de personas autorizadas por el paciente. Los datos recogidos son almacenados bajo la confidencialidad y las medidas de seguridad legalmente establecidas.*