

SOLICITUD DE INFORME MEDICO

NOMBRE Y APELLIDOS

Nº.Hª.C.

F. NACIMIENTO

D.N.I.

TLF.

MOTIVO O FINALIDAD DE LA SOLICITUD DE INFORME

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIRECCION PARA ENVIO DE INFORME.....

.....
.....

EL INFORME LO SOLICITA:

El paciente Dn. con DNI: (adjuntar fotocopia)

Tutor legal Dn..... con DNI: (En caso de ser legalmente incapaz, la solicitud deberá firmarla su tutor, que adjuntará documentación acreditativa de la tutela)

FECHA:..... FIRMA:.....

OBSERVACION: EL SOLICITANTE DEL INFORME ENTIENDE QUE EL MISMO SERÁ ÚNICAMENTE VÁLIDO PARA EL MOTIVO QUE AQUÍ SE EXPRESA, NO PUDIENDO UTILIZARSE CON OTRA FINALIDAD.

En cumplimiento con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, el/la solicitante queda informado/a de que los datos que facilite mediante correo electrónico, enviados a través de formularios web, o por cualquier otro medio serán incorporados a un fichero propiedad de SANATORIO DE USURBIL, S.L., con la finalidad de identificar al solicitante y comprobar que es parte interesada para solicitar el informe médico.

El SANATORIO DE USURBIL, S.L. le garantiza que el tratamiento de sus datos personales se realizará de acuerdo con la legislación vigente en Protección de Datos de Carácter Personal.

Puede Ud. ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a SANATORIO DE USURBIL, S.L. en la dirección: Apartado de Correos Nº 42 – 20170 Usurbil (Gipuzkoa).