

MODELO ORIENTATIVO DE AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA, TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS A FAVOR DE TERCERA PERSONA POR UN INTERESADO

D./Dña.....
(nombre y dos apellidos), mayor de edad, con D.N.I. nº con domicilio en , mediante el presente documento, autoriza y faculta de forma expresa a D./Dña. (*) para facilitar los datos de carácter personal de quien suscribe, incluidos sus datos de salud a D./Dña. farmacéutico/a de la oficina de farmacia sita en la c./ , con objeto de que previo tratamiento de dichos datos de carácter personal, se le preste por la indicada oficina de farmacia servicio de atención farmacéutica. Asimismo faculta al indicado farmacéutico/a para la cesión y comunicación de sus datos a D./Dña. (*) y D./Dña. (**) , así como a éste/estos último/s para que, en su caso, pueda/n ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus propios datos.

Firmado: D./Dña.

(el/la interesado/a)