

Datos del responsable

Razón social: BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A.

Dirección: Av. De Los Shyris y Suecia, edificio Renazzo Plaza, piso 12, Quito -Ecuador

Cuando realice una solicitud de rectificación y actualización de la información que podamos tener sobre usted, proporcione lo siguiente por escrito. Puede completar y devolver este formulario si le resulta más fácil.

Para que podamos identificarlo para responder a su solicitud, proporcione al menos la información marcada con un asterisco:

Para que podamos identificarle:

1. Nombre completo(*)

2. Dirección de domicilio(*)

3. Cédula/Pasaporte(*)

4. Edad(*)

5. Teléfono de contacto(*)

6. Dirección de correo electrónico(*)

7. Vínculo con BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A. (*)

Cliente/usuario/proveedor/otros

Por favor, proporcione esta información solo si está de acuerdo en que nos comuniquemos con usted por este medio acerca de su solicitud.

Detalles sobre la información que desea que rectifiquemos y actualicemos:

- Cualquier período específico, indique las fechas:

- En su caso, identifique:

Tipo de comunicación (p. ej., correo electrónico, teléfonos) con fechas y nombres de las personas;

Nombres de personas que pueden tener información;

Áreas donde se puede almacenar información (por ejemplo, sitios web de la empresa)

Información que nos solicita que rectifiquemos y actualicemos (Marque con una "X"): (Cualquier cambio de esta información requiere evidencia documental del cambio).

| | |
|---|--------------------------|
| Datos personales: nombre (apellido, nombre o nombre, segundo nombre, práctica común o apodo), correo electrónico y teléfono, fecha y lugar de nacimiento, número de identificación nacional, dependientes e información de contacto de emergencia. | <input type="checkbox"/> |
| Datos sensibles: etnia, identidad de género, identidad cultural, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición migratoria, orientación sexual, médica o de salud (incluida la información relacionada con el pago de los servicios de salud), datos biométricos, datos genéticos y aquellos cuyo tratamiento indebido pueda dar origen a discriminación, atenten o puedan atentar contra los derechos y libertades fundamentales. | <input type="checkbox"/> |
| Datos de comisiones: estructura de comisiones y pagos adeudados, datos bancarios | <input type="checkbox"/> |
| Cualquier otra información que usted haya elegido proporcionar | <input type="checkbox"/> |

- Exponga de manera detallada todos los datos que permitan identificar el objeto de su pretensión:

Para ayudarnos con nuestra búsqueda, proporcione tantos detalles como pueda sobre la información que solicita y, si sabe, dónde es probable que se almacene la información.

Ya sea que decida devolver este formulario con más detalles o proporcionarnos la información resaltada en este formulario en una carta por separado, debe enviar su solicitud a postventaec@bmicos.com.

Firma

He elegido responder usando este formulario.

Firmado por

Escriba el nombre

Fecha

Si usted no es el titular de los datos, deberá adjuntar la prueba que acredite que es su representante legal.