

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 eliminación 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 eliminemos:

- 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)

Motivo por el cual desea que la empresa elimine sus datos personales (marque con una "X"):

El tratamiento no cumpla con los principios establecidos en la LOPDP.	☐
El tratamiento no sea necesario o pertinente para el cumplimiento de la finalidad.	☐
Los datos personales hayan cumplido con la finalidad para la cual fueron recogidos o tratados.	☐
Haya vencido el plazo de conservación de los datos personales	☐
El tratamiento afecte derechos fundamentales o libertades individuales.	☐
Revoque el consentimiento prestado o señale no haberlo otorgado para uno o varios fines específicos, sin necesidad de que medie justificación alguna.	☐
Exista obligación legal.	☐

- 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.