

## 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 portabilidad 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 y el tratamiento de datos al que desea oponerse:

- 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 solicitada (Marque con una "X"):

¿Ha proporcionado a BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A. la información personal que solicita transferir?	<input type="checkbox"/>
¿Las categorías de su información personal que desea que transfiramos se procesan sobre la base de su consentimiento o sobre la base de que es necesario para cumplir con las obligaciones contractuales de BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A. con el solicitante?	<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](mailto: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.