

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

Al realizar una solicitud de acceso a los datos personales que BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A. pueda 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.

Para que podamos identificar el tratamiento de datos que quieres suspender:

- 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)

De conformidad con el artículo 19 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales que se suspenda el tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración (Marque con una "X"):

Que el tratamiento es ilícito y me opongo a su supresión.	<input type="checkbox"/>
Que el responsable ya no necesita mis datos para los fines para los cuales fueron recabados, pero los necesito para la formulación, ejercicio o defensa de mis reclamaciones.	<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.