

## 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.

## Solicitud:

No ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, que me produzca efectos jurídicos o me afecte significativamente de modo similar, en particular en los siguientes aspectos:

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

Que se adopten las medidas necesarias para salvaguardar mis derechos y libertades, así como mis intereses legítimos, el derecho a la intervención humana y que pueda exponer mi punto de vista e impugnar la decisión, todo ello en el supuesto de que el tratamiento de mis datos personales se fundamente en la celebración o ejecución de un contrato, o bien en mi consentimiento explícito.

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.