

SEVILLA A _____

D./Dña _____

(nombre y apellidos del paciente), con DNI _____

Autorizo a _____

Con DNI _____ a recoger las pruebas diagnósticas

Realizadas en el Centro de Anatomía y Patológica y Citopatología del

Dr. Galera

*Nota: Adjuntar original o fotocopia del paciente y autorizado

Firma paciente.

En función de lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Centro de Anatomía Patológica y Citopatología del Dr. Galera debe adoptar las medidas oportunas para garantizar el carácter confidencial de los datos referentes a la salud de sus pacientes. Fruto de ello y, en cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, así como el resto de normas vigentes que sean de aplicación, se le informa que se realizará el tratamiento de sus datos con la finalidad de acreditar la autorización de retirada de pruebas del paciente autorizante, siendo por ello necesario el tratamiento. La legitimación de este tratamiento será la finalidad sanitaria y su consentimiento. Sus datos no serán cedidos o comunicados a terceros salvo por disposición legal o cuando sea necesario para el tratamiento y finalidad del mismo. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad o retirada del consentimiento, en cualquier momento en la sede del Centro, sito en Dr. Felipe Martínez, 2, Accesorio B, 41018 Sevilla; Más información sobre el tratamiento de datos en www.doctorgalera.es

SEVILLA A _____

D./Dña _____

(nombre y apellidos del paciente), con DNI _____

Autorizo a _____

Con DNI _____ a recoger las pruebas diagnósticas

Realizadas en el Centro de Anatomía y Patológica y Citopatología del

Dr. Galera

*Nota: Adjuntar original o fotocopia del paciente y autorizado

Firma paciente.

En función de lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Centro de Anatomía Patológica y Citopatología del Dr. Galera debe adoptar las medidas oportunas para garantizar el carácter confidencial de los datos referentes a la salud de sus pacientes. Fruto de ello y, en cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, así como el resto de normas vigentes que sean de aplicación, se le informa que se realizará el tratamiento de sus datos con la finalidad de acreditar la autorización de retirada de pruebas del paciente autorizante, siendo por ello necesario el tratamiento. La legitimación de este tratamiento será la finalidad sanitaria y su consentimiento. Sus datos no serán cedidos o comunicados a terceros salvo por disposición legal o cuando sea necesario para el tratamiento y finalidad del mismo. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad o retirada del consentimiento, en cualquier momento en la sede del Centro, sito en Dr. Felipe Martínez, 2, Accesorio B, 41018 Sevilla; Más información sobre el tratamiento de datos en www.doctorgalera.es