

DATOS DEL RESPONSABLE DEL BANCO DE DATOS O DEL TRATAMIENTO DE DATOS

Nombre..... Dirección..... N°.....
C.P..... Localidad..... Provincia.....

DATOS DEL SOLICITANTE

D./D^a....., con domicilio en N°.....
Piso..... Dpto....., Localidad..... Provincia de C.P.
....., Teléfono con CUIL/CUIT..... y DNI....., del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el artículo 14 de la Ley N° 25.326 y los artículos 14 y 15 de la Reglamentación de la Ley N° 25.326 aprobada por Decreto N° 1558/01.

VÍNCULO CON MEDIFÉ ASOCIACIÓN CIVIL

Por favor, indique con una cruz (x) su relación con MEDIFÉ ASOCIACIÓN CIVIL.

- Asociado
- Empleado
- Proveedor
- Prestador
- Prospecto/No asociado

SOLICITA.-

1.- Que me facilite gratuitamente el acceso a los datos existentes sobre mi persona en sus bases o registros en el plazo máximo de diez (10) días a contar desde la recepción de esta solicitud, entendiendo que si transcurre este plazo sin contestación expresa, la misma ha sido denegada. En este caso se podrá interponer el reclamo ante la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales y quedará expedita la vía para ejercer la acción de protección de los datos personales, en virtud de lo dispuesto por el artículo 14 de la Ley N° 25.326 y el artículo 14 de su Decreto Reglamentario N° 1558/01.

2.- Que si la solicitud del derecho de acceso fuese estimada, se remita por correo la información a la dirección arriba indicada en el plazo de diez días desde la resolución estimatoria de la solicitud de acceso.

3.- Que esta información comprenda de modo legible e inteligible los datos que sobre mi persona están incluidos en sus registros y los resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se almacenaron.

En..... a los días del mes de..... de

Firma: _____

Aclaración: _____