FORMULARIO PARA LA RECTIFICACIÓN, ACTUALIZACIÓN O SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES

Medifé

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

Nombre…….. Dirección……..... Nº…….....
C.P..... Localidad……..... Provincia…….....

DATOS DEL SOLICITANTE

D./Dª.....,con domicilio en……..... Nº……..
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 **Rectificación / Actualización / Supresión**, de conformidad con el artículo 16 de la Ley Nº 25.326, y el artículo 16 de su Decreto Reglamentario Nº 1558/01.

Completar el que corresponda:

- ○ **Rectificación**
- ○ **Actualización**
- ○ **Supresión**

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

SOLICITO:

1. Que en el plazo de cinco (5) días hábiles desde la recepción de esta solicitud se proceda gratuitamente a la **Rectificación / Actualización / Supresión**, de los datos relativos a mi persona que se encuentren en su base de datos. Los datos que deberán **Rectificarse / Actualizarse / Suprimirse** se enumeran en la hoja anexa al presente y se acompañan los documentos que acreditan su veracidad.

2. Que me comuniquen por escrito a la dirección arriba indicada, la **Rectificación / Actualización / Supresión** de los datos una vez realizada.

3. Que para el caso que el responsable del banco de datos considere que la **Rectificación / Actualización / Supresión** no procede, lo comunique en forma motivada, por escrito y dentro del plazo de cinco (5) días.

Se deja constancia que si transcurre el plazo sin que en forma expresa se conteste la petición efectuada, ésta se entenderá denegada, en cuyo 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 16 inciso 3 de la Ley Nº 25.326.

FORMULARIO PARA LA RECTIFICACIÓN, ACTUALIZACIÓN O SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES

Medifé

DATOS QUE DEBEN RECTIFICARSE

	Dato correcto	Dato incorrecto	Documento Acreditativo
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

En..... a los ..... días del mes de..... de ……..

Firma: _____ Aclaración: _____

Este documento deberá ser acompañado con copia del DNI del solicitante y la documentación que acredite la veracidad de los cambios solicitados y enviado por carta documento a la dirección de MEDIFÉ ASOCIACIÓN CIVIL: Lima 87 Piso 5, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1073AAA)