

RECLAMACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

FECHA DE RADICACIÓN: _____

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

TIPO DE IDENTIFICACION:

CEDULA DE CIUDADANIA: ___ CEDULA DE EXTRANJERIA: ___ PASAPORTE: ___

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

NUMERO DE MATRICULA MERCANTIL (SI APLICA):

DIRECCION:

CORREO ELECTRONICO:

DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS A LA CLINICA, QUE SON MATERIA DE RECLAMO:

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS QUE DN LUGAR AL RECLAMO:

DESEA ADJUNTAR ALGÚN DOCUMENTO QUE DEMUESTRE LOS ANTERIORES HECHOS:

SI NO

TIPO DE OPERACIÓN QUE DESEA REALZIAR CON SUS DATOS PERSONALES:

ACTUALIZACIÓN: _____ CORRECCIÓN: _____ SUPRESIÓN: _____

FIRMA: _____

*Nota: El presente formato para su validez y atención, debe ser firmado y presentado de forma original, en la sede de la CLINICA, quien como responsable de los datos personales dará el trámite correspondiente al reclamo dentro de los términos definidos por la ley, contados a partir del día siguiente a la fecha de recibo.

**Todos Los campos deben ser diligenciados.

Si el reclamo resulta incompleto, la Clínica requerirá al interesado para que dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción para que subsane las fallas. Transcurrido dos (2) meses desde la fecha del requerimiento sin que el solicitante presente la información requerida, se entenderá que ha desistido del reclamo.