

TARJETA SANITARIA PROTEGI2

Cláusula de consentimiento de contratos

Clínica Llanes S.L. (en lo sucesivo la EMPRESA), le informa que los datos personales de esta ficha, están incorporados en el fichero de "Clientes y Proveedores" creado y mantenido bajo la responsabilidad de la EMPRESA, el cual ha sido debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar la contabilidad, la fiscalidad y la realización de impuestos así como informarle de los productos y servicios que ofrece la EMPRESA. En el caso de ser necesario, el cliente consiente así mismo a que los datos puedan ser comunicados a terceras empresas con las que subcontrate el servicio con el fin de poder llevar a cabo adecuadamente la prestación del servicio contratado. Vd. Como interesado directo, tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de la información que le concierne y autoriza a que pase a formar parte del fichero, ante el cual puede ejercitar sus derechos, y recibir información y publicidad de productos y servicios de nuestra empresa. En el caso que esté facilitando datos de terceras personas, el abajo firmante declara haber informado a éstos sobre la finalidad que se les dará a esos datos. En el caso que esté facilitando datos de menores de 14 años, el abajo firmante declara tener capacidad legal sobre este menor. Los derechos precitados podrán hacerse efectivos ante la EMPRESA en la siguiente dirección: Calle José Purón Sotres, 3- 33500- Llanes (Asturias).

Si no desea ser informado de nuestros productos y servicios señale con una X esta casilla (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal).

CLÍNICA LLANES

Calle José Purón Sotres, 3- 33500- Llanes (Asturias)

Tel +34 984 836 035 / info@llanesclinica.com / www.llanesclinica.com

DATOS DEL TITULAR TARJETA PRINCIPAL

NOMBRE DNI
APELLIDOS
FECHA NACIMIENTO NACIONALIDAD
DIRECCIÓN
CIUDAD PROVINCIA
EMAIL
CUOTA: MENSUAL 9,00 € CUOTA ANUAL 90,00 €

Marque una de las dos casillas

TARJETA SEGUNDO MIEMBRO

NOMBRE DNI
APELLIDOS
FECHA NACIMIENTO PARENTESCO
CUOTA: MENSUAL 6,00 € CUOTA ANUAL 60,00 €

Marque una de las dos casillas

TARJETA TERCER MIEMBRO

NOMBRE DNI
APELLIDOS
FECHA NACIMIENTO PARENTESCO
CUOTA: MENSUAL 3,00 € CUOTA ANUAL 30,00 €

Marque una de las dos casillas

TARJETA CUARTO MIEMBRO

NOMBRE DNI
APELLIDOS
FECHA NACIMIENTO PARENTESCO
CUOTA: MENSUAL 3,00 € CUOTA ANUAL 30,00 €

Marque una de las dos casillas

TARJETA QUINTO MIEMBRO

NOMBRE DNI
APELLIDOS
FECHA NACIMIENTO PARENTESCO
CUOTA: MENSUAL 3,00 € CUOTA ANUAL 30,00 €

Marque una de las dos casillas

FORMA DE PAGO

Domiciliación Bancaria - Número de Cuenta:

El solicitante afirma conocer y acepta los datos y condiciones que figuran en la presente solicitud. Sus datos serán incluidos en un fichero de Clínica Llanes, en cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).