

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono:

Correo electrónico:

Le informamos que conforme a lo previsto en el RGPD de 27 de abril de 2016 y a la LO 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), que CROMA DENTAL CABO CASAS, S.L., recaba y trata sus datos de carácter personal, aplicando las medidas técnicas y organizativas que garantizan su confidencialidad, con la finalidad de gestionar la relación que nos vincula.

Usted da su consentimiento y autorización para dicho tratamiento. Conservaremos sus datos de carácter personal únicamente el tiempo imprescindible para gestionar nuestra relación.

Usted da, como titular de los datos, su consentimiento y autorización para la inclusión de los mismos en el sistema de tratamiento anteriormente detallado.

En cualquier caso, podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose a **CROMA DENTAL CABO CASAS, S.L.**, con dirección en **C/ EMILI JUNCADELLA 20-22 LOCAL, ESPLUGUES DE LLOBREGAT - 08950, BARCELONA** o mediante envío al email **info@cromadental.com** con referencia **RGPD/LOPDGDD**.

En ESPLUGUES DE LLOBREGAT a de del 20

Firma

