



**Autorització per sol·licitar documents per compte d'altri**

**1. Dades de la persona sol·licitant**

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

En qualitat de: \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalitat: \_\_\_\_\_

Document que us identifica:

Passaport: \_\_\_\_\_ Document d'identitat Núm.: \_\_\_\_\_

Adreça: núm.: \_\_\_\_\_

Esc.: \_\_\_\_\_ pis: \_\_\_\_\_ porta: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_

Província: \_\_\_\_\_ codi postal: \_\_\_\_\_

Telèfon fix: \_\_\_\_\_ Telèfon mòbil: \_\_\_\_\_

**2. Autoritzo a:**

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

En qualitat de: \_\_\_\_\_

*A sol·licitar en nom meu:*

- Història mèdica relativa a un procés
- A recollir els resultats de les meves proves mèdiques Quin? \_\_\_\_\_
- Altres documents Quin? \_\_\_\_\_

**3. Accepto**

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

**4. Signatures**

Lloc i data:

*Persona que autoritza*

DNI:

*Persona autoritzada*

DNI:

***Nota important: cal fotocòpia del DNI del propietari de la informació.***

D'acord amb el que disposa la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que les dades facilitades mitjançant correu electrònic formen part d'un fitxer propietat de CLÍNICA BOFILL, S.L. per a la facturació dels serveis encomanats així com per possibles campanyes publicitàries dels serveis i producte de l'empresa o bé d'altres empreses, sense que comporti una cessió de dades a aquestes. Així mateix, li informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant correu certificat a l'adreça següent: RD SANT ANTONI MARIA CLARET, 20, 17002-GIRONA, Girona. Aquest missatge està dirigit exclusivament al seu destinatari i pot contenir informació privilegiada o confidencial. Si vostè ha rebut aquest missatge per error, li preguem que ens ho comuniqui immediatament al e-mail: [clinica@clinicabofill.net](mailto:clinica@clinicabofill.net), o al telèfon 972 204350.