DEMONSTRATION DOCUMENT ONLY
PROVIDED BY DOCUSIGN ONLINE SIGNING SERVICE
999 3rd Ave, Suite 1700 • Seattle • Washington 98104 • (206) 219-0200
www.docusign.com

CIF: B12345678

Carrer d'Atenes, 18. C.P. 07817. Sant Josep de sa Talaia, Illes Balears.

Email: info@parisandbea.es

Centro Paris & Bea

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Fecha: 2025-04-02

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 (Reglamento General de Protección de Datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de lo siguiente:

Responsable del tratamiento:

Nombre del centro: Paris & Bea

CIF: B12345678

Dirección: Carrer d'Atenes, 18. C.P. 07817. Sant Josep de sa Talaia, Illes Balears.

Email de contacto: info@parisandbea.es

Finalidad del tratamiento:

Sus datos personales, incluidos los relativos a su salud, serán tratados con la finalidad de prestar los servicios profesionales de osteopatía y fisioterapia, realizar el seguimiento de su tratamiento, y gestionar administrativa y sanitariamente su historial clínico.

Base legal del tratamiento:

La base legal es su consentimiento explícito y el tratamiento es necesario para la prestación de asistencia sanitaria por parte de profesionales sujetos al deber de confidencialidad.

Plazo de conservación:

Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad del tratamiento y, en su caso, durante los plazos exigidos por la normativa sanitaria vigente.

Derechos del interesada:

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad mediante escrito dirigido al email o a la dirección del centro indicados.

En caso de disconformidad, podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Consentimiento del paciente:

Yo, Jerónimo Enrique Bonafé Benito, con DNI/Pasaporte nº 41461825R, he leído y comprendido la información anterior y consiento expresamente el tratamiento de mis datos personales y de salud conforma lo descrito.

Firma del paciente: ______8DF0E7985D16411...

Fecha: 2025-04-02