



PARTE DE Bupa

EJERCICIO DEL DERECHO DE PORTABILIDAD

Att. LOPD

Nombre de la empresa del Grupo Sanitas: _____

DATOS DEL AFECTADO (acompaña copia DNI)

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección postal _____ Cód. Postal _____

Localidad _____ Provincia _____ Email _____

AUTORIZA A:

DATOS DEL REPRESENTANTE (acompaña copia DNI)

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección postal _____ Cód. Postal _____

Localidad _____ Provincia _____ Email _____

Por medio del presente escrito ejerce el **DERECHO DE PORTABILIDAD** y en consecuencia, solicita que se le facilite gratuitamente este derecho y que se remita por el siguiente medio:

- | | |
|----|--|
| Si | Correo postal a la dirección del afectado antes indicada |
| Si | Entrega en mano en las oficinas |
| Si | Correo electrónico encriptado |
| Si | Otros: _____ |

Se solicita que dicha información comprenda, de modo legible e inteligible, los siguientes datos personales o actividades de tratamiento:

Datos personales o actividades de tratamiento solicitados:	
--	--

Lugar, fecha: _____

FIRMA: