

AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DENTAL SALUD CLÍNICA ESTÉTICA ORAL S.A.S

DENTAL SALUD CLÍNICA ESTÉTICA ORAL S.A.S, en cumplimiento de lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y nuestra política de protección de datos personales, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de la eventual prestación de nuestros servicios, serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos personales es DENTAL SALUD CLÍNICA ESTÉTICA ORAL S.A.S, domiciliada en la Calle 41 # 35-50 del barrio El Prado en la ciudad de Bucaramanga, quien los recogerá a través de sus diferentes canales transaccionales y serán usados para: a) registro de cliente; b) formalización de trámites, productos o servicios prestados por DENTAL SALUD CLÍNICA ESTÉTICA ORAL S.A.S; c) realizar encuestas, estadísticas, invitaciones, comunicaciones informativas o convocatorias; d) ofrecer o informar servicios y/o productos; e) transferirlos a terceros de conformidad con las funciones regladas f) cumplir con las funciones establecidas en la norma que complementa el marco jurídico operacional para clientes, proveedores y empleados.

Usted podrá ejercer los derechos que la Ley prevé, siguiendo los procedimientos que DENTAL SALUD CLÍNICA ESTÉTICA ORAL S.A.S proporciona para tales efectos, los cuales puede conocer en nuestro Manual de Políticas y Procedimientos de Protección de Datos Personales publicado en la página web <http://dentalsalud.com.co/>, para dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de datos puede escribirnos a: protecciondedatosdental_salud@hotmail.com. Es importante mencionar que el ejercicio de sus derechos no es requisito previo ni impide el ejercicio de otro derecho y que cualquier modificación al presente aviso le será notificada a través de los medios que disponga DENTAL SALUD CLÍNICA ESTÉTICA ORAL S.A.S para tal fin.

Leído lo anterior, AUTORIZO de manera previa, explícita e inequívoca a DENTAL SALUD CLÍNICA ESTÉTICA ORAL S.A.S para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas. Declaro que soy el titular de la información aquí reportada y que la misma ha sido suministrada de forma voluntaria siendo la misma completa, confiable, veraz, exacta y verídica.

Nota: Por favor diligencie a máquina o letra imprenta. No se admiten tachones o enmendaduras. **Los campos con (*) son obligatorios.**

*NOMBRE (S)	*APELLIDO (S)
*TIPO DE DOCUMENTO: CC__ CE__ TI__ Pasaporte__	*No. DE IDENTIFICACIÓN
CORREO ELECTRÓNICO:	TELEFONO:
*FECHA: DÍA__ MES__ AÑO__	*FIRMA: