

CW 4793

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA RECOGIDA DE DATOS PERSONALES

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

EUROPEAN DENTAL DIVISION S.L.U.
B27837954
Avda. Fragoso, 45 Bajo
36210 Vigo (Pontevedra)
NRS. C36-000464

European Dental Division S.L.U. como responsable del tratamiento de los datos personales y médicos del interesado, le informa que sus datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

DATOS DEL INTERESADO

Don/Doña: Uxenia Vilas Guharpa con DNI S1505299-Z como paciente

(En caso de menores o incapacitados consignar el nombre, apellidos y DNI del padre, madre o tutor)

Don/Doña: _____ con DNI _____

(en adelante INTERESADO)

INFORMACIÓN SOBRE LA RECOGIDA DE DATOS PERSONALES

FINALIDAD:

Los datos recabados serán tratados por el Responsable del Tratamiento con el fin de proporcionar al interesado una asistencia sanitaria adecuada y proceder a su correcta gestión administrativa.

Los datos recabados serán los datos de identificación, de salud, diagnóstico y tratamiento sanitario administrado y aquellos otros que sean necesarios para su correcta atención médica y administrativa.

DURACIÓN:

Los datos del interesado serán almacenados por el Responsable mientras dure la relación asistencial entre el interesado y el responsable. Una vez cesada esta relación, los datos se conservarán por un periodo mínimo de 5 años desde la finalización de su último tratamiento, de conformidad a lo establecido en el Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio por el que se desarrolla la Ley 10/1986 de 17 marzo, por la que se regulan las profesiones de Odontólogo, Protésico Dental e Higienista Dental y en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

LEGITIMACIÓN:

La base legal sobre la que se sustenta la recopilación y tratamiento de datos será la existencia de un acuerdo contractual y de prestación de servicios, así como la existencia de un consentimiento informado. Los datos serán recabados y tratados con el fin de poder proporcionar al interesado un servicio sanitario adecuado, de acuerdo con sus circunstancias, y el plan de tratamientos aceptado, siendo esenciales para la prestación del servicio. La correcta prestación de los servicios sanitarios contratados puede suponer la necesidad de comunicar sus datos a Empresas colaboradoras y/o proveedores de materiales y servicios o a sociedades participadas y/o de Grupo HBK Global Business S.L.U. siempre que sean necesarios para el desempeño de la prestación sanitaria y con la finalidad de calidad y mejora asistencial médica.

Por otro lado, trataremos sus datos para perseguir determinados intereses legítimos del Responsable, entre ellos los siguientes: el envío de información sobre servicios del Responsable similares o no a aquellos que usted haya contratado en el pasado; el envío de encuestas de satisfacción y, en general, la auditoría de calidad de los servicios prestados por el Responsable y cualquier otro tratamiento en base al interés legítimo, o que establezcan las leyes.

DESTINATARIOS:

Sus datos personales y médicos: historia clínica, antecedentes médicos, radiografías, y otros datos sanitarios recabados podrán ser comunicados y/o cedidos a:

- Las Administraciones Públicas en los casos previstos en la ley.
- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y al Centro Nacional de Inteligencia en virtud de lo establecido en la ley.
- Los Bancos y Entidades financieras colaboradoras.
- Otras empresas participadas y/o del Grupo HBK Global Business S.L.U. siempre que sean necesarios para el desempeño de la prestación sanitaria, así como para su facturación y para remitirles comunicaciones incluso por medios electrónicos, sobre productos y servicios que puedan resultar de su interés, salvo que manifieste su voluntad en contra, no marcando la casilla habilitada al efecto.
- Los registros públicos de solvencia patrimonial y los sistemas de prevención contra el fraude, podrán ser comunicados los datos relativos a impagos e incidencias en el pago de productos o servicios contratados a Centros Dentales Höllenback o a terceros.
- Entidades Aseguradoras y mutuas.
- Empresas colaboradoras y/o proveedores de materiales y servicios contratados por el responsable del tratamiento siempre que sean necesarios para el desempeño de la prestación sanitaria, así como para su facturación.

DERECHOS:

De acuerdo con lo dispuesto en Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, el interesado podrá ejercer su derecho de Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición o Limitación del tratamiento y Portabilidad dirigiéndose presencialmente en la dirección del Responsable del Tratamiento anteriormente indicada, o a través de un correo electrónico, adjuntando fotocopia de D.N.I. a la siguiente dirección:

privacidad@hollenback.es

Además, el interesado tiene derecho a la renovación de su consentimiento en cualquier momento a través de los canales citados. La revocación de su consentimiento no afecta a la legalidad del tratamiento de sus datos ya efectuado hasta el momento de la revocación ni de otros tratamientos legítimos. Asimismo, dicha revocación no afecta a la prestación de los servicios que usted ya haya contratado.

Asimismo, puede presentar una reclamación ante la Auctoridad de Control en materia de Protección de Datos competente en la web www.agpd.es

POLÍTICA DE COMUNICACIÓN

Marcando la siguiente casilla, el interesado ACEPTA recibir por parte del Responsable del tratamiento, entidades colaboradoras y otras empresas participadas y/o del Grupo HBK Global Business SLU, información por cualquier medio, incluidos electrónicos, sobre aquellos productos y/o servicios que puedan resultar de su interés o ajustarse a sus necesidades o su perfil y que no estén relacionados o sean similares a los ya contratados.

ACEPTO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

El interesado declara:

- Que ha leído la información facilitada en este documento por el Responsable del Tratamiento.
- Que ha comprendido la información.
- Que ha podido realizar las observaciones pertinentes y que se le han aclarado dudas planteadas.
- Que puede revocar su consentimiento en cualquier momento.
- Que conoce dónde y de qué forma puede ejercitar sus derechos.

En Vigo a 11 de 9 de 24

Paciente o responsable legal
Nombre Verónica
Apellidos Villaverde Guharpe
DNI 54505299-2

Firma
