

## 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: Isabel Fernández García con DNI \_\_\_\_\_ 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 Aurtoridad de Control en materia de Protección de Datos competente en la web [www.agpd.es](http://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.

Paciente o responsable legal

En Vigo a \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_

Nombre Josabel

Apellidos Fernand Garcia

DNI \_\_\_\_\_

Firma

