



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: