



PARTE DE Bupa

## EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

### 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 SUPRESIÓN** y en consecuencia, solicita que realice y que se me notifique el resultado del derecho practicado 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: _____   |

Lugar, fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA: