

	MANUAL PARA LA PROTECCION DE LA INFORMACION PERSONAL	
	PROCESO: GESTION GERENCIAL	
	Versión: 02	Fecha de vigencia: 20 de Octubre de 2016
		Código: M-GG-0102-16

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto, con la firma del presente documento, del cual hago entrega física o remito por correo electrónico, que he sido informado(a) por DERMOSALUD que la información que he suministrado y de la cual soy su titular, será recolectada, usada y tratada conforme a la POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES que DERMOSALUD tiene expuesta y que me ha dado a conocer..

He comprendido mis derechos como titular de los datos y los deberes y responsabilidades que DERMOSALUD ha adquirido al otorgarle el derecho al uso de mi información, garantizando la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, tratar mis datos personales de acuerdo con la POLITICA declarada por DERMOSALUD, para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales.

Se firma en _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA:

NOMBRE

IDENTIFICACION