

EJERCICIO DEL DERECHO DE ACCESO

Petición de información sobre los datos personales incluidos en los sistemas de información de DERMOFARM.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:

Nombre: DERMOFARM, S.A.

Dirección de correo electrónico a efectos de ejercitar el derecho de acceso:
protecciondedatos@dermofarm.com

DATOS DEL SOLICITANTE

D/D^a _____, en su propio nombre y derecho, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia,

O, en su caso,

D/D^a _____, con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de _____, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia, cuya representación acredita mediante la documentación presentada al efecto

EXPONE

Que por la presente manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el artículo 15 del Reglamento 679/2016 de protección de datos.

En virtud de lo anterior,

SOLICITA:

I.- Que se le facilite gratuitamente el acceso, de conformidad con lo previsto en los artículos 13 y siguientes del Reglamento 679/2016 a los siguientes datos personales (marque la opción u opciones que correspondan)

a) Sus datos personales concretos: _____

-
- b) Sus datos personales incluidos en el siguiente tratamiento: _____
- c) La totalidad de sus datos personales sometidos a tratamiento.

II.- Que desea recibir la información a través de uno varios de los siguientes sistemas de consulta, en la medida en que resulte posible en función de la configuración del fichero o de la naturaleza del tratamiento de los datos, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Reglamento 679/2016, de protección de datos.

- a) Visualización en pantalla.
- b) Escrito, copia o fotocopia remitida por correo ordinario.
- c) Escrito, copia o fotocopia remitida por correo certificado.
- d) Telecopia.
- e) Correo electrónico
- f) Otro sistema, diferente de los anteriores, que, en su caso, ofrezca el responsable del fichero.

III.- Que la información solicitada especifique si los datos del solicitante están siendo tratados, la finalidad del tratamiento, el origen de los mismos, así como las comunicaciones realizadas o previstas de tales datos. Asimismo, solicita que la información sea proporcionada de forma legible e inteligible, con independencia del soporte en el cual fuere facilitada, y contenga todos los datos de base del afectado, los resultantes de cualquier elaboración o proceso informático, así como la información disponible sobre el origen de los datos, los cesionarios de los mismos y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se almacenaron los datos.

IV.- Que el responsable del tratamiento resuelva sobre la presente solicitud y responda a la misma dentro de los plazos establecidos al efecto en el Reglamento 679/2016 de protección de datos, y así lo comunique a la dirección arriba indicada, entendiéndose que si el responsable del fichero no responde a la presente solicitud en el plazo de un mes, o ésta fuere denegada injustificadamente, de conformidad con lo previsto en el considerando 42 del Reglamento 679/2016, de protección de datos, el interesado podrá interponer la reclamación prevista en el artículo 79 del Reglamento 679/2016 de protección de datos, ante la Agencia de Protección de Datos, o, en su caso, autoridades de control de las Comunidades Autónomas.

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante:

EJERCICIO DEL DERECHO DE RECTIFICACIÓN

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre: DERMOFARM, S.A.

Dirección de correo electrónico: protecciondedatos@dermofarm.com

DATOS DEL SOLICITANTE

D/Dª _____, en su propio nombre y derecho, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia,

O, en su caso,

D/Dª _____, con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de _____, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia, cuya representación acredita mediante la documentación presentada al efecto,

EXPONE

Que por la presente manifiesta su deseo de ejercer su derecho de rectificación, de conformidad con los artículos 16 y siguientes del Reglamento 679/2016 de protección de datos.

En virtud de lo anterior,

SOLICITA:

I.- Que el Responsable del tratamiento proceda gratuitamente a la efectiva corrección de los datos enumerados en la hoja anexa a la presente solicitud, en virtud de la documentación justificativa que se acompaña al efecto.

II.- Que el responsable del tratamiento resuelva sobre la presente solicitud dentro de los plazos establecidos al efecto en el Reglamento 679/2016 de Protección de Datos, y así lo comunique a

la dirección arriba indicada, entendiéndose que si el responsable del tratamiento no responde a la presente solicitud en el plazo de diez días, o ésta fuera denegada injustificadamente, de conformidad con lo previsto en el considerando 42 del Reglamento 679/2016, de protección de datos, el afectado podrá interponer la reclamación prevista en el artículo 79 del Reglamento 679/2016 de protección de datos, ante la Agencia de Protección de Datos, o, en su caso, autoridades de control de las Comunidades Autónomas.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante:

EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

Petición de supresión de datos personales objeto de tratamiento e incluidos en los sistemas de información de DERMOFARM

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre: **DERMOFARM, S.A.**

Dirección de correo electrónico: protecciondedatos@dermofarm.com

DATOS DEL SOLICITANTE

D/D^a _____, en su propio nombre y derecho, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia,

O, en su caso,

D/D^a _____, con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de _____, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia, cuya representación acredita mediante la documentación presentada al efecto,

EXPONE

Que por la presente manifiesta su deseo de ejercer su derecho de supresión, de conformidad con el artículo 17 del Reglamento 679/2016 de protección de datos.

En virtud de lo anterior,

SOLICITA:

I.- Que el Responsable del tratamiento proceda gratuitamente a la efectiva supresión de los datos enumerados en la hoja anexa a la presente solicitud, en virtud de la documentación justificativa que se acompaña al efecto.

II.- Que el responsable del tratamiento resuelva sobre la presente solicitud dentro de los plazos establecidos al efecto en el Reglamento 679/2016 de Protección de Datos, y así lo comunique a la dirección arriba indicada, entendiéndose que si el responsable del tratamiento no responde a la presente solicitud en el plazo de diez días, o ésta fuera denegada injustificadamente, de

conformidad con lo previsto en el considerando 42 del Reglamento 679/2016, de protección de datos, el interesado podrá interponer la reclamación prevista en el artículo 79 del Reglamento 679/2016 de protección de datos, ante la Agencia de Protección de Datos, o, en su caso, autoridades de control de las Comunidades Autónomas.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante:

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

Petición de oposición de datos personales objeto de tratamiento e incluidos en los sistemas de información de DERMOFARM

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre: **DERMOFARM, S.A.**

Dirección de correo electrónico: protecciondedatos@dermofarm.com

DATOS DEL SOLICITANTE

D/D^a _____, en su propio nombre y derecho, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia,

O, en su caso,

D/D^a _____, con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de _____, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia, cuya representación acredita mediante la documentación presentada al efecto,

EXPONE,

(Describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus datos personales y enumerar los motivos por los que se opone al mismo)

Para acreditar la situación descrita, acompaño una copia de los siguientes documentos:

(Enumerar los documentos que adjunta con esta solicitud para acreditar la situación que ha descrito)

SOLICITA,

Que sea atendido mi ejercicio del derecho de oposición en los términos anteriormente expuestos.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante:

EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN

Petición de limitación de datos personales objeto de tratamiento e incluidos en los sistemas de información de DERMOFARM.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre: **DERMOFARM, S.A.**

Dirección de correo electrónico: protecciondedatos@dermofarm.com

DATOS DEL SOLICITANTE

D/D^a _____, en su propio nombre y derecho, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia,

O, en su caso,

D/D^a _____, con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de _____, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia, cuya representación acredita mediante la documentación presentada al efecto,

EXPONE

Que por la presente manifiesta su deseo de ejercer su derecho de limitación, de conformidad con el artículo 18 del Reglamento 679/2016 de protección de datos.

En virtud de lo anterior,

SOLICITA:

I.- Que el Responsable del tratamiento proceda gratuitamente a la efectiva limitación de los datos enumerados en la hoja anexa a la presente solicitud, en virtud de la documentación justificativa que se acompaña al efecto.

II.- Que el responsable del tratamiento resuelva sobre la presente solicitud dentro de los plazos establecidos al efecto en el Reglamento 679/2016 de Protección de Datos, y así lo comunique a la dirección arriba indicada, entendiéndose que si el responsable del tratamiento no responde a la presente solicitud en el plazo de diez días, o ésta fuera denegada injustificadamente, de conformidad con lo previsto en el considerando 42 del Reglamento 679/2016, de protección de datos, el interesado podrá interponer la reclamación prevista en el artículo 79 del Reglamento 679/2016 de protección de datos, ante la Agencia de Protección de Datos, o, en su caso, autoridades de control de las Comunidades Autónomas.



En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante:

EJERCICIO DEL DERECHO DE PORTABILIDAD

Petición de portabilidad de datos personales objeto de tratamiento e incluidos en los sistemas de información de DERMOFARM.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre: **DERMOFARM, S.A.**

Dirección de correo electrónico: protecciondedatos@dermofarm.com

DATOS DEL SOLICITANTE

D/D^a _____, en su propio nombre y derecho, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia,

O, en su caso,

D/D^a _____, con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de _____, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ _____, nº _____, Localidad _____, Provincia _____, CP _____, con DNI nº _____, del que acompaña fotocopia, cuya representación acredita mediante la documentación presentada al efecto,

EXPONE

Que por la presente manifiesta su deseo de ejercer su derecho de portabilidad, de conformidad con el artículo 20 del Reglamento 679/2016 de protección de datos.

En virtud de lo anterior,

SOLICITA:

I.- Que el Responsable del tratamiento proceda gratuitamente a la efectiva portabilidad de los datos enumerados en la hoja anexa a la presente solicitud, en virtud de la documentación justificativa que se acompaña al efecto.

II.- Que el responsable del tratamiento resuelva sobre la presente solicitud dentro de los plazos establecidos al efecto en el Reglamento 679/2016 de Protección de Datos, y así lo comunique a la dirección arriba indicada, entendiéndose que si el responsable del tratamiento no responde a la presente solicitud en el plazo de diez días, o ésta fuera denegada injustificadamente, de

conformidad con lo previsto en el considerando 42 del Reglamento 679/2016, de protección de datos, el interesado podrá interponer la reclamación prevista en el artículo 79 del Reglamento 679/2016 de protección de datos, ante la Agencia de Protección de Datos, o, en su caso, autoridades de control de las Comunidades Autónomas.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante: