

## Solicitud de Prestación Extraordinaria 2017

|                    |  |
|--------------------|--|
| N.º de socio       |  |
| Nombre y apellidos |  |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <b>*Material óptico:</b>                  | <b>Tratamientos dentales:</b> |
| Gafas graduadas: <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| Lentillas: <input type="checkbox"/>       |                               |
| Audífono: <input type="checkbox"/>        |                               |
| <i>*Periodo de carencia de un año</i>     |                               |

Firma y fecha:

**Cláusula de protección de datos:** De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica de Protección de Datos, le informamos de que los datos personales, incluyendo los datos de salud, recabados en el presente formulario y mediante los informes que se adjunten, pasarán a formar parte de los ficheros automatizados y manuales de CEDRO, y serán tratados con la finalidad de gestionar correctamente las prestaciones y ayudas asistenciales solicitadas, así como para gestionar y mantener la relación vigente. Por medio de la firma del presente formulario, usted se compromete a comunicar cualquier modificación de los datos personales facilitados y autoriza a CEDRO a mantener sus datos con fines de archivo incluso una vez concluida la relación. En cualquier momento, usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición respecto de sus datos personales, dirigiéndose por escrito a CEDRO (Alcalá, 26, 3.º – 28014 Madrid), adjuntando fotocopia de su DNI o pasaporte.

Junio de 2017