

Solicitud de Prestación Extraordinaria 2015

N.º de socio	
Nombre y apellidos	

*Material óptico:	Tratamientos dentales:
Gafas graduadas:	☐
Lentillas:	
Audífono:	

**Periodo de carencia de un año*

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 (Miguel Ángel, 23 – 28010 Madrid), adjuntando fotocopia de su DNI o pasaporte.