

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS 2019 **autor**

N.º de socio

Nombre y apellidos.....

Material óptico:

Periodo de carencia de 1 año

Gafas graduadas

Lentillas

Audífono

Tratamientos dentales

Tratamientos podológicos

Tratamiento de fisioterapia

En....., a.....de.....de 20.....

Firmado

Cláusula de protección de datos: De acuerdo con lo establecido por la normativa de protección de datos aplicable, le informamos de que los datos personales, incluyendo los datos de salud, recabados en el presente formulario y mediante los informes que se adjunten, serán tratados por CEDRO con la finalidad de gestionar correctamente las prestaciones y ayudas asistenciales solicitadas, así como para gestionar y mantener la relación vigente, amparándose la Entidad en la ejecución de la relación jurídica existente entre las partes.

Sus datos serán conservados mientras dure la relación jurídica establecida entre las partes, sin perjuicio de su conservación con fines de archivo incluso una vez concluida la relación y mientras persistan las obligaciones legales que afecten a CEDRO.

La Entidad no cederá sus datos a terceros, salvo por obligación legal.

Usted cuenta con los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad, respecto de sus datos de carácter personal, así como con la posibilidad de revocar su consentimiento, dirigiéndose a CEDRO (C/ Alcalá, 26, 3.º 28014 – Madrid), adjuntando fotocopia de su DNI, pasaporte o cualquier otro documento que acredite su personalidad.

En el caso de que usted no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, tiene derecho a presentar reclamación ante la autoridad nacional de control. A estos efectos debe dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos.

Por medio de la firma del presente formulario, usted se compromete a comunicar cualquier modificación de los datos personales facilitados.