

**SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS 2020 autor**

N.º de socio .....

Nombre y apellidos.....

**Material óptico:**

Gafas graduadas

Lentillas

*Periodo de carencia de 1 año.*

**Audífono**

*Solamente adquisición de audífonos.*

**Tratamientos dentales**

*Facturas detallando el/los tratamiento/s realizados.*

**Tratamientos podológicos**

*Facturas detallando el/los tratamiento/s realizados. Los materiales ortopédicos no están incluidos.*

**Tratamiento de fisioterapia**

*Facturas detallando la lesión tratada.*

En....., a.....de.....de 2020

*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.*