

# CONSENTIMIENTO DEL USUARIO DE LA GESTION DE VACUNAS

D./ña \_\_\_\_\_, con NIF (o documento sustitutivo),  
nº \_\_\_\_\_, y con domicilio en la localidad de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_,  
calle/Plaza/Avenida \_\_\_\_\_,  
nº \_\_\_\_\_.

## AUTORIZA

A la Oficina de Farmacia inscrita en el Registro de Sanidad con el MU- \_\_\_\_ - F y que firma y sella el presente documento conjuntamente conmigo, a que recoja y anote en sus ficheros automatizados e informatizados los datos por mí facilitados sobre mi persona a los efectos de la prestación de una **GESTION DE VACUNAS**, y que se insertarán en un fichero de **GESTION DE VACUNAS**, del que es responsable/es el/los farmacéutico/s titular/res de la Farmacia antes referida y que se describe al pie de esta.

Los datos de Gestión de Vacunas serán todos aquellos que van ligados a la salud de mi persona, nombre y apellidos, domicilio, localidad, C.P., NIF, fecha de nacimiento, enfermedades padecidas, terapias y tratamientos etc., y aquellos que como consecuencia de un correcto seguimiento se deban precisar, como antecedentes familiares de enfermedades y su evolución, ascendientes, descendientes, cónyuge, etc..

Que, el interesado **CONOCE Y CONSIENTE**, que los datos de carácter personal contenido en la solicitud adjunta, así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica, serán recogidos en un fichero propiedad del farmacia, con la finalidad de formalizar la relación comercial, para el suministro de tratamientos farmacológicos, vacunas e información sobre avances en los mismos, y el envío por medios tradicionales y electrónicos de información comercial acerca de productos y servicios. Los datos podrán se cedidos a los laboratorios con el mismo fin.

Declaro conocer que tengo la posibilidad de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos, también conozco e identifico la Oficina de Farmacia y dirección de la misma MU- \_\_\_\_ - F y conozco a los responsables actuales del fichero/s y del tratamiento de sus datos, que es el/los titular/es de la Oficina de Farmacia y que se describe en el sello al pie de la presente. En el supuesto de que la Farmacia fuese trasladada o traspasada esta autorización seguirá vigente, teniendo conocimiento de que tendré identificada la nueva ubicación mediante comunicación (cartel, carta personalizada, etc.) y también los nuevos titulares/responsables del fichero/s ya que es obligatorio que los titulares farmacéuticos estén identificados en la puerta del establecimiento.

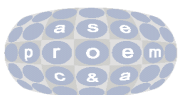
El usuario es informado de que la Oficina de Farmacia cumple con lo dispuestos en las Leyes Orgánicas sobre Protección de Datos de Carácter Personal y normativa que las desarrolla, y en especial lo referente a medidas de seguridad de sus datos, los ficheros titularidad de la farmacia denominado "Gestión de Vacunas". Se le reconocen los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito en el domicilio expresado en el recuadro del sello de la farmacia.

Y en prueba de conformidad, **aceptación y consentimiento**, firma la presente AUTORIZACION en

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del usuario

Firma y sello de la farmacia



Prohibida la reproducción total o parcial de este modelo  
Solo está autorizado el uso del documento y en la actividad contratada por el cliente con número de N° APD/AS:  
MU - \_\_\_\_ - F

