

ANEXO I.I

Autorización para recoger factor de coagulación «ARV», del servicio de Farmacia del Hospital Universitario y Politécnico la Fé de Valencia

Nombre y Apellidos :

DNI:

Nombre y Apellidos Representante Legal:

DNI Representante Legal:

AUTORIZO a Juan Carlos Toledano Salguero

con DNI 52703017N

a actuar en mi nombre a la hora de recoger mi tratamiento de factor de coagulación «ARV», del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario y Politécnico La Fé de Valencia.

Lugar:

Fecha:

Firma de la persona autorizada

Firma del interesado

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal según la normativa europea (UE) 2016/ 679 del 27 de abril de 2016 (que entró en vigor el 25 de mayo de 2018), la Asociación de Hemofilia de la Comunidad Valenciana (ASHECOVA), le informa que los datos de carácter personal proporcionados, serán incorporados en los ficheros de la entidad (Igualmente inscritos en el Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos, pudiendo ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose a la entidad, con domicilio social en la C/ Presen Sáez de Descatllar nº 2 Bajo – 46018 - Valencia y CIF: G46639522. Se autoriza a entregar copia de este documento al Servicio de Farmacia del Hospital La Fé de Valencia.

Nota: esta autorización tendrá que ir acompañada de la fotocopia del DNI de la persona interesada.