

**SPRIM AMERICAS MEXICO S.A. DE C.V.**

**FORMATO DE SOLICITUD DE DERECHOS ARCO**

**Última actualización 23 julio 2021**

Fecha de publicación 23/07/2021

**Datos del Titular de los Datos**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre completo del contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Datos médicos (Nombre del médico tratante, Cédula profesional del médico, Nombre del hospital en el que se atiende): \_\_\_\_\_

Medio a través del cuál desea recibir respuesta a su solicitud:

**Correo electrónico**       **Llamada telefónica**       **Otro**  **Especificar:** \_\_\_\_\_

\*Deberá enviar una copia simple de identificación oficial vigente (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional, etc) al correo electrónico [protecciondedatos@sprim.net](mailto:protecciondedatos@sprim.net) junto con este formato de solicitud en PDF.

**Datos del Representante Legal (en su caso):**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_

Medio a través del cuál desea recibir respuesta a su solicitud:

**Correo electrónico**       **Llamada telefónica**       **Otro**  **Especificar:** \_\_\_\_\_

\*Deberá enviar una copia simple de identificación oficial vigente del titular de los datos (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional, etc) y un poder notarial o carta poder otorgada por el titular ante presencia de dos testigos, así como copia de su identificación oficial vigente al correo electrónico [protecciondedatos@sprim.net](mailto:protecciondedatos@sprim.net) junto con este formato de solicitud en PDF.

**Tipo de Solicitud**

Con fundamento en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, deseo ejercer el derecho de:

Seleccionar una opción:

**Acceso**       **Rectificación**       **Cancelación**       **Oposición**

### **Razón y/o descripción**

Favor de añadir una descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados.

### **Elemento o documento que facilite la localización de los datos personales**

Medio a través del cual otorgó sus datos personales:

Call Center del programa de apoyo a pacientes, especificar: \_\_\_\_\_

Correo electrónico, especificar: \_\_\_\_\_

Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Usted es:

Paciente

Profesional de la salud

Colaborador del programa de apoyo a pacientes, especificar: \_\_\_\_\_

Nombre completo:

Firma:

Favor de hacer el envío de este formato en PDF al correo electrónico [protecciondedatos@sprim.net](mailto:protecciondedatos@sprim.net)

***Se le comunicará la determinación adoptada, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.***