



## CONSENTIMIENTO

La finalidad y uso previsto tanto de los datos en sí mismos como de su tratamiento, **es prestarle el servicio solicitado o entregarle el producto adquirido**. A continuación podrá aceptar las finalidades que crea convenientes marcando su casilla correspondiente, tenga en cuenta que algunas finalidades pueden ser necesarias para poderle prestar el servicio, en el caso de NO marcar dichas casillas, no se podrá prestar/entregar el servicio/producto asociado.

**Prestación del servicio contratado** (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

**Envío de servicios de su interés** (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

**Publicar imágenes y vídeos** en los que aparezca el cliente en la red social Facebook (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

**Enviar comunicaciones, imágenes y/o vídeos** relativas al servicio contratado a través de la aplicación Whatsapp.

Firma:

Fdo.- .....

Datos identificativos del responsable:

Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja, G47314505, Av. Ramón y Cajal 7 (Facultad de Medicina) - 47005 - Valladolid – VALLADOLID.

## INSTRUCCIONES

Este documento tiene que ser cumplimentado y enviado mediante copia escaneada o fotografía a [sorlclcr@gmail.com](mailto:sorlclcr@gmail.com)