



**COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
SALAMANCA**

DOMICILIO SOCIAL:

BIENTOCADAS 7 – 37002 SALAMANCA
TF: 923 263462 / FAX: 923 260062
E-mail: oficinas@comsalamanca.es
Pág web: www.comsalamanca.es

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES POR PARTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA:

De conformidad con la Ley Orgánica 15-1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. queda informado/a que sus datos personales pasarán a formar parte de un Fichero titularidad de "COLEGIO DE MÉDICOS DE SALAMANCA" debidamente inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de prestarle servicios de:

- Control de registro de profesionales colegiados, acreditados en inscritos en el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca.
- Control administrativo y contable del Colegio Oficial de Médicos de Salamanca.
- Control deontológico de la profesión.
- Gestión de Peritos.
- Gestión de Responsabilidad Civil Profesional.
- Control de Registro de Sociedades Profesionales.
- Servicios Jurídicos para profesionales.

De no facilitarse los datos solicitados y marcados con asterisco (*) en el formulario de solicitud, no será posible la prestación del servicio indicado. Asimismo, por medio del presente otorga su consentimiento al Colegio Oficial de Médicos de Salamanca para tratar, conjuntamente con los datos personales que nos ha facilitado, sus datos bancarios, entendiéndose que estos datos en ningún caso podrán considerarse de acceso público en el sentido que establece el artículo 3.j) de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se le informa de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercer de forma gratuita dirigiéndose a la Secretaría de la sede del "COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS" sita en c/ Bientocadas 7 (37002 Salamanca), donde se le facilitará de forma totalmente gratuita por el personal de este, impreso tipo a rellenar a tal fin, y al que asimismo deberá adjuntar Fotocopia del D.N.I. del titular de los datos, o documento acreditativo si actúa como representante del titular de los datos, informándole que podrá acceder, modificar o cancelar sus datos, revocar su consentimiento, así como indicar al Colegio que sus datos no se utilicen con fines publicitarios o de prospección comercial.

Los datos proporcionados no serán comunicados a terceros, salvo a los profesionales o colaboradores empleados que prestan servicios en el "COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA", a la compañía aseguradora del seguro de accidente colectivo, a las compañías aseguradoras que gestionen la póliza colectiva suscrita con el Colegio para la cobertura de los colegiados en materia de responsabilidad civil y el seguro de vida de aquél Colegiado que se haya adscrito voluntariamente a citados seguros, y aquellas cesiones que sean obligatorias a órganos administrativos públicos de carácter local, provincial, autonómico y estatal, en cumplimiento de las obligaciones que el COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA tiene como órgano público garante del control de la profesión médica; al CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA y al CONSEJO DE COLEGIOS DE MÉDICOS DE CASTILLA Y LEÓN para la gestión de sus respectivos registros de colegiados; a la FUNDACIÓN PATRONATO DE HUÉRFANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL DE MÉDICOS PRÍNCIPE DE ASTURIAS para la gestión de los datos de los socios protectores, así como de sus aportaciones para la consecución de los fines de la Fundación de aquél Colegiado que haya manifestado expresamente su voluntad de darse de alta como Socio Protector; y a las entidades bancarias que se indiquen por usted para la gestión del cobro de las cuotas colegiales.

En este sentido, usted consiente con la firma del presente documento, de forma expresa, a que sus datos sean tratados por el COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA, para dar cumplimiento a las finalidades anteriormente indicadas, así como para remitirle información relativa a cualquier servicio relativo a la práctica profesional de la medicina, de especial interés para usted.

No será preciso este consentimiento cuando la cesión se refiera a datos recogidos en fuentes accesibles al público, de acuerdo a lo dispuesto en el art.10.2.a) de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, introducido en la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes: "2.- A través de la referida ventanilla única, para la mejor defensa de los derechos de los consumidores y usuarios, las organizaciones colegiales ofrecerán la siguiente información, que deberá ser clara, inequívoca y gratuita: a)El acceso al Registro de Colegiados, que estará permanentemente actualizado y en el que constarán, al menos, los siguientes datos: nombres y apellidos de los profesionales colegiados, número de colegiación, títulos oficiales de los que estén en posesión, domicilio profesional y situación de habilitación profesional".

Mediante la firma del presente documento, el interesado presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos, manifestando así mismo bajo su total y absoluta responsabilidad sobre la veracidad de los mismos.

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. N.º: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____