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 lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD) queda informado/a de que el COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE SALAMANCA es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y de que estos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la citada normativa vigente en el ámbito de la protección de datos, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines del tratamiento:

Por interés legítimo del responsable: *prestación de servicios profesionales inherentes a los fines como colegio profesional y mantenimiento del historial colegial. Estos servicios comprenden:*

- *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 en el formulario de colegiación, no será posible la prestación del servicio indicado.

Por consentimiento del interesado: *el envío de comunicaciones de servicios o productos, que debe autorizar marcando de forma expresa la opción en el formulario específico para este fin.*

Criterios de conservación de los datos: *se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos, dejando a salvo los plazos de prescripción legal y reclamación ante posibles responsabilidades.*

Comunicación de los datos: *no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.*
En este sentido, 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 las compañías aseguradoras que gestionan la póliza colectiva suscrita con el Colegio para la cobertura de los colegiados en materia de responsabilidad civil y el seguro de vida colectivo, 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 y 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; y a las entidades bancarias que se indique por usted para la gestión del cobro de las cuotas colegiales.

Derechos que asisten al Interesado: *Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.*
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:
COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE SALAMANCA. C/ Bientocadas, 7 - 37002 Salamanca (Salamanca). Email: oficinas@comsalamanca.es

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

Mediante la firma del presente documento, el interesado consiente el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos y en los términos expuesto, 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:* _____