

 <small>CLÍNICA MÉDICO QUIRÚRGICA S. A. S.</small>	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES A PROVEEDORES Y CLIENTES	Código	FT-PA-GI-027
		Página	1 de 1
		Versión	01/ 28-Noviembre-2018
Proceso	GESTION DE INFORMÁTICA Y ARCHIVO	Subproceso	SEGURIDAD DE LA INFORMACION

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo para que mis datos personales, sean incluidos en sus bases de datos y así puedan ser utilizados conforme a la política de datos personales de la Clínica Médico Quirúrgica S.A.S.

ACTUANDO COMO:

- Proveedor
- Cliente
- Prestación de servicio ocasional
- Otro: _____

_____, he conocido la reglamentación del tratamiento de datos y la finalidad del uso de mis datos, los cual se encuentran publicados en la página web en el vínculo www.cmqcucuta.com.

Si dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la entrega de la presente autorización, no la he entregado debidamente firmada, la Clínica Médico Quirúrgica S.A.S. con base en lo establecido en el Art. 10 del decreto reglamentario 1377 de 2013, podrá continuar realizando el tratamiento de mis datos para las finalidades indicadas.

La Clínica Médico Quirúrgica S.A.S, pone a disposición de los titulares de los datos el correo electrónico habeasdata@cmqcucuta.com para consultas, solicitudes y reclamos relacionados con los datos personales.

Firma: _____

Autorizo el tratamiento de mis datos personales

Nombre: _____

CC O NIT: _____

No autorizo el tratamiento de mis datos personales

Correo electrónico factura electronica: _____

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
COORDINADOR DE SISTEMAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	GERENCIA