



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Laboratorio Médico Las Américas, para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines contractuales, comerciales y de fidelización, descritos en la misma Política de Tratamiento.

Los datos registrados en nuestras bases de datos son, entre otros, nombres y apellidos completos, identificación, dirección, teléfonos, correos electrónicos y fecha de nacimiento. En todo caso en cualquier momento el titular de la información podrá revocar su consentimiento y ejercer su derecho a la supresión de datos personales consagrado en la Ley 1581 de 2012.

Me comprometo a conocer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en <http://www.lablasamericas.com.co>. Así mismo, autorizo al Laboratorio Médico Las Américas para modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de un correo electrónico dirigido a: admon@lablasamericas.com.co La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en _____, el _____ de _____ del año _____

Firma

Nombre

Identificación

Autorizo a circular información: Sí _____ No _____