

En Bilbao a viernes 27 de enero de 2023

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Consentimiento para comunicaciones a través de aplicaciones de mensajería instantánea

En aras de dar cumplimiento al Reglamento Europeo de Protección de Datos, CASTRESANA ARRIAGA, JON IMANOL (en lo sucesivo, "LA EMPRESA"), le informa de que sus datos de carácter personal se encuentran incluidos en la actividad de tratamiento "CLIENTES" de la que es Responsable LA EMPRESA, con la finalidad de realizar comunicaciones a través de aplicaciones de mensajería instantánea. Esta finalidad está basada en su consentimiento, expresado con la firma del presente documento. Estos datos podrán conservarse mientras se mantenga la relación y podrán ser cedidos a terceros, a los efectos de envío de estas notificaciones. Del mismo modo, se informa de que se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, realizando una comunicación a la dirección de LA EMPRESA, con domicilio en CALLE LOTERIA, 2-1º IZDA - 48005 BILBO (BIZKAIA), acompañado de su DNI, o bien a través del correo electrónico: consultacascoviejo@gmail.com . Igualmente puede dirigirse a nosotros por esa misma vía para acceder a información ampliada sobre su tratamiento de datos personales solicitando una copia.

Yo, YURREBASO BELAMENDIA JAVI con DNI 30580436G, autorizo a LA EMPRESA para que utilice mi número de teléfono 609419745 como medio de comunicación entre las partes, así como para la recepción de cualquier comunicación a través de aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram...). Este consentimiento podrá ser retirado en cualquier momento.

Firmado: YURREBASO BELAMENDIA JAVI

Consentimiento firmado

Centro: Clínica demo

Documento: LPD - autorizacion mensajeria.pdf

Paciente: Pedro Levices DNI/NIE: 44444444Q

Fecha y hora de firma: 12/06/2026 11:05:14

IP: 82.130.198.126

Firma del paciente:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Levices', written over a horizontal line.

Documento firmado electrónicamente a través del CRM. La firma manuscrita digitalizada y la marca de fecha/hora quedan registradas junto a este documento.