



FULL AUTORITZACIÓ

Jo,

amb número DNI/NIE/passaport

autoritzo a el/la senyor/a

amb número DNI/NIE/passaport

per tal que actui en el meu nom per poder fer les gestions pertinents a la Departament de Documentació Mèdica de Clínica Girona.

I, de conformitat amb el que preveuen els articles 15 i següents del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.

Signat:

Signatura persona autoritzada:

Lloc i Data:

DOCUMENTS A ADJUNTAR:

- DNI TITULAR
- DNI PERSONA AUTORITZADA