



FULL D'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
al Departament de Documentació Mèdica de Clínica Girona.

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