

FORMULARIO DERECHOS DE RECTIFICACIÓN DE DATOS



Nº DE DOCUMENTO:

Nº DE CASO:

DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE: _____

1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____

DNI /NIF / NIE / PASAPORTE: _____ DOMICILIO(*): _____

_____ Nº ____ Edif. ____ Bloque ____ Esc. ____ Piso ____ Puerta ____

CÓDIGO POSTAL (*): _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ PAÍS: _____

TELÉFONO FIJO (**): _____ TELÉFONO MÓVIL (**): _____

() Datos obligatorios. En caso de no cumplimentación de estos datos Adial Higiene, S.L. no podrá tramitar la solicitud. Adial Higiene, S.L. podrá solicitar la acreditación fehaciente de la identidad del solicitante a través de cualquier documento oficial.*

*(**) Para tramitar la solicitud se deberá indicar obligatoriamente al menos uno de los datos de contacto.*

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

ADIAL HIGIENE, S.L. Avda. Albufera, 321 4º P-7, 28031 - Madrid / NIF B83744060. Adial Higiene, S.L. es responsable del tratamiento de los datos para sus líneas de negocio.

DERECHO DE RECTIFICACIÓN

Solicito que procedan a rectificar los datos de carácter personal indicados a continuación por ser inexactos o incompletos (marque la casilla de el/los dato/s a modificar y anote a continuación la información incorrecta). Los datos correctos son los registrados en el apartado DATOS DEL CLIENTE.

DATOS A RECTIFICAR:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NOMBRE | <input type="checkbox"/> DOMICILIO |
| <input type="checkbox"/> C. P. / POBLACIÓN | <input type="checkbox"/> PROVINCIA |
| <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO | <input type="checkbox"/> TLF. FIJO / MOVIL |

DATO CORRECTO A RECTIFICAR: _____

ATENCIÓN: Esta rectificación no modifica la información vinculada a sus datos bancarios documento SEPA aportado anteriormente, para rectificarlos o modificarlos, debe enviar el certificado bancario y SEPA al Dpto. financiero de Adial Higiene, S.L. con el fin de garantizar la seguridad de la información.

CANAL POR EL QUE SE DESEA RECIBIR LA CONTESTACIÓN

- CORREO ELECTRÓNICO

CORREO ELECTRÓNICO (**): _____

- CORREO POSTAL

DOMICILIO (*): _____

Nº ____ Edif. ____ Bloque ____ Esc. ____ Piso ____ Puerta ____

FORMULARIO DERECHOS DE RECTIFICACIÓN DE DATOS

CÓDIGO POSTAL (*): _____ LOCALIDAD: _____
PROVINCIA: _____ PAÍS: _____

El Cliente autoriza a Adial Higiene, S.L. el tratamiento de sus datos con la finalidad de atender el ejercicio de los derechos de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679)

FIRMA DEL CLIENTE

FIRMA DEL CENTRO

INFORMACIÓN ADICIONAL AL FORMULARIO

Con este formulario podrá ejercer el derecho de rectificación que consiste en la posibilidad de modificar los datos de carácter personal que sean erróneos o incompletos, debiendo indicar qué datos desea modificar.

Para probar el carácter inexacto o incompleto de los datos que se estén tratando resulta necesaria la aportación de la documentación que lo acredite al responsable del tratamiento.

Será necesario aportar fotocopia del DNI o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho, en aquellos supuestos en que el responsable tenga dudas sobre su identidad. En caso de que se actúe a través de representación legal deberá aportarse, además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante.

El titular de los datos personales objeto de tratamiento deberá identificar la empresa o empresas sobre las cuales ejerce su derecho.