

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y RECOGIDA DE CONSENTIMIENTO A ASISTENTES DE ACCIONES FORMATIVAS

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

En virtud de lo dispuesto en los artículos 4, 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, **GESTINVEST-MEDICAL**, con domicilio social en **C/ Urzaiz, nº 95-4ºA, 36204 Vigo, Pontevedra y CIF B-27839315** pone en su conocimiento que los **datos de carácter personal** que le han sido solicitados en el formulario adjunto quedarán incorporados a un fichero mixto propiedad de **GESTINVEST-MEDICAL**, notificado e inscrito en el registro general de la Agencia Española de Protección de Datos.

Las finalidades de la recogida de datos personales son: para la gestión y organización técnica de las actividades formativas organizadas por **GESTINVEST-MEDICAL** y para elaborar los documentos acreditativos de dichas actividades de formación, así como para remitirle información respecto a otras jornadas formativas que puedan ser de su interés.

También nos autoriza a la cesión de sus datos a determinados organismos oficiales, en el caso de que usted nos requiera algún documento acreditativo oficial de las actividades formativas, para aquellas que formalmente pueda solicitarse dicha acreditación (declaración de interés sanitario, créditos de formación continuada etc).

También queremos pedirle su consentimiento expreso para poder realizar comunicaciones con usted, en un futuro, con el fin de informarle de productos o servicios tales como novedades que afecten a **GESTINVEST-MEDICAL**, jornadas, cursos de formación realizadas por nosotros, por cualquier vía de comunicación contenida en los datos que usted nos proporciona, incluidas las comunicaciones electrónicas, sms o correo electrónico. Este consentimiento podrá revocarlo en cualquier momento oponiéndose al tratamiento de sus datos con dichos fines dirigiéndose a **GESTINVEST-MEDICAL C/ Urzaiz, nº 95-4ºA, 36204 Vigo, Pontevedra**, o a través del correo electrónico gestinvestmedical@gmail.com

Al suscribir el presente documento, usted como titular, tutor o responsable legal/ familiar, autoriza expresamente, al responsable del fichero para el tratamiento de los datos personales indicados en el primer párrafo, de acuerdo con las finalidades anteriormente expresadas.

Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá remitir un escrito en el que se concrete la solicitud correspondiente y al que acompañe fotocopia del Documento Nacional de Identidad del interesado a la siguiente dirección: por **GESTINVEST-MEDICAL**, calle **C/ Urzaiz, nº 95-4ºA, 36204 Vigo, Pontevedra**.