Solicitud de Derechos ARCO

DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de Pharma Plus, S.A. de C.V, sus afiliadas y/o subsidiarias (en adelante "San Pablo Farmacia") con domicilio en Insurgentes Sur Número 863, Piso 3, Código Postal 03810, Colonia Nápoles, Ciudad de México, México.

La presente solicitud está diseñada para atender en tiempo, forma y fondo el ejercicio de sus derechos ARCO previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "LFPDPPP"), y su Reglamento. Le recordamos que los derechos ARCO sólo pueden ser ejercidos por el titular o su representante legal previa acreditación de su identidad.

Datos del titular

Nombre completo: _____

Domicilio: Calle: _____ Número Exterior: _____ Número Interior: _____
Colonia: _____ Código Postal: _____ Alcaldía/ Municipio: _____
Entidad Federativa: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico para contacto: _____

CURP: _____

Documento de identificación del Titular

Seleccione el documento que presenta:

Credencial para votar ☐
Pasaporte ☐
Licencia para conducir ☐
Credencial de Afiliación al IMSS/ ISSSTE ☐
Documento migratorio ☐
Credencial INAPAM ☐

Opciones adicionales sólo para menores de edad:
Acta de Nacimiento ☐
Credencial expedida por Instituciones educativas ☐

*Debe compartirnos una copia digital o física del documento legible por ambos lados.
*Debe contener la firma autógrada del Titular.

Datos del Representante Legal (SÓLO SI ES PRESENTADA POR PERSONA DISTINTA AL TITULAR)

Nombre completo: _____

Documento que acredia la representación
Escritura notarial: ☐ Número de escritura:_____ Notaría: _____
Carta poder firmada por dos testigos: ☐ Idetificación oficial de testigos de la carta poder ☐

Padres de un menor: El documento que acredita la representación es el Acta de Nacimiento del Menor y la identificación oficial de los padres.
Acta de Nacimiento ☐ Identificación oficial de los padres ☐

Representate de un menos distinto a los padres.
Representante de una persona mayor de edad con alguna discapacidad.
Representante de una persona fallecida.

**Consultar Guía para el llenado de la Solicitud de Derechos ARCO en https://www.farmaciasanpablo.com.mx/aviso-de-privacidad

*Debe compartirnos una copia digital o física de los documentos, esta debe ser legible.

Derechos ARCO

Seleccione el derecho que desea Ejercer:

ACCESO ☐ **RECTIFICACCIÓN** ☐ **CANCELACIÓN** ☐ **OPOSICIÓN** ☐

Indique una breve descripción sobre el derecho que desea ejercer y sobre cuáles datos personales

Datos adicionales que faciliten la localización de sus datos personales.

Sus datos se encuentran en: Farmacia ☐ Mi Consultorio ☐ Mi Laboratorio ☐ Mi Clínica S.P ☐
Soy Colaborador/ ex colaborador ☐ Soy Representante de un Proveedor ☐

¿Cuénta con tarjeta de Club Salud? Sí ☐ No ☐ Número: _____

_____

Nombre y Firma