

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – PROFESIONALES DE LA SALUD

En mi calidad de profesional de la salud; manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales para que puedan ser utilizados directa o indirectamente con fines administrativos, comerciales, envío y manejo de comunicaciones, uso de imágenes y fotografías con fines informativos o publicitarios en campañas de comunicación y mercadeo propios o ajenos. CONSENTIMIENTO INFORMADO: WaMa Pharma SAS, podrá recolectar, almacenar y usar mis datos, incluyendo pero sin limitarse a datos que puedan ser capturados en archivos de audio o archivos electrónicos por razones de seguridad; o los que suministre en el futuro.

Por lo anterior, WaMa Pharma SAS, podrá hacer uso de mis datos personales, en relación con todos los trámites previamente referidos, incluyendo transferencia internacional de datos, así como frente a las diferentes entidades de vigilancia y control.

He sido informado que mis datos y mi información serán almacenados en la base de datos de WaMa Pharma SAS; NIT: 901.085.994-9, domiciliado en la Calle 127ª 54ª45 Piso 6 Of 06-114 de la ciudad de Bogotá D. C.; con teléfono: +57 (301) 6323600, correo electrónico info@wamapharma.com, quien en su calidad de responsable y encargado del tratamiento de mis datos, guardará confidencialidad atendiendo los requisitos de seguridad exigidos por la Ley 1581/2012, Decreto 1377/2013 y en las demás disposiciones normativas aplicables. Declaro conocer los derechos que me asisten como titular de los datos personales, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, manifiesto de manera libre y voluntaria, que autorizo a WaMa Pharma SAS, para el tratamiento de mis datos personales, conforme a los derechos aquí consagrados y los demás que establece la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Que los datos suministrados a WaMa Pharma SAS, son propios y en caso de ser de terceros (sociedades, entidades públicas, hijos menores, etc.), cuento con las respectivas autorizaciones legales para suministrar estos.

Firma del titular
Nombre completo:
C.C.:
Fecha: