

NOTA: Este modelo vale para las actividades generales de Farmacia, pero si se realiza algún tipo de atención farmacéutica por escrito, debe utilizarse un modelo específico para atención farmacéutica. Umbra Abogados no asume responsabilidad alguna por el uso de indebido que se realice del modelo debido a la falta de asesoramiento personalizado.

¿Necesitas que te asesoremos? contáctanos: info@umbraconsulting.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CLIENTES DE LA FARMACIA

DATOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

Nombre y apellidos	
NIF	
Teléfono	
Domicilio	
Correo electrónico	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre y apellidos	
NIF	
Teléfono	
Motivo de Representación	

FARMACIA con domicilio en, en calidad de Responsable del tratamiento de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (EU 2016/679) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales, en relación al tratamiento de sus datos personales, le informa sobre lo siguiente:

1. **Finalidad del tratamiento de datos:** Los datos personales que nos facilite serán usados con las finalidades que Usted autorice marcando a continuación con una "X" aquellos servicios que desea recibir:
 - Conservar historial de dispensación con fines de consejos y atención farmacéutica;
 - Informarle sobre eventos, noticias del sector y promociones en parafarmacia por los canales facilitados;
 - Gestionar los encargos que realice en la farmacia.
2. **Plazo de conservación:** Los datos relacionados con la dispensación serán conservados por los plazos legales establecidos. Si hubiera marcado la opción de recibir promociones o información sobre temas de salud, los datos de contacto serán conservados mientras no solicite su derecho de supresión, oposición o baja.
3. **Legitimación:** Sus datos se tratan para cumplir obligaciones legales establecidas en las normas que regulan el sistema de salud, y el consentimiento otorgado para el servicio que resulte de su interés.
4. **Destinatarios:** Sus datos podrán ser cedidos a Consejerías de Sanidad, Colegios Oficiales, y administraciones públicas cuando resulte obligatorio por ley; así también a bancos y cajas de ahorro si realiza pagos con tarjeta. La Farmacia se compromete a no ceder sus datos a ninguna otra empresa, entidad, a menos que dicha cesión se realice por imperativo legal. No se realizarán transferencias internacionales de datos.
5. **Confidencialidad:** Los datos personales que nos facilite serán tratados de forma confidencial. El personal de esta Farmacia se ha comprometido previamente al deber de secreto. Se han implantado medidas técnicas para permitir el acceso exclusivamente a las personas autorizadas.
6. **Menores:** Si el paciente fuera menor de 14 años, deberá autorizar su representante legal o titular de la patria potestad o tutela. El Farmacéutico podrá solicitarle documentación para comprobar su edad y acredita el motivo de representación cuando proceda.
7. **Derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición sobre sus datos personales, solicitándolo por escrito en la Farmacia, acompañando copia de su documento de identidad. Tenemos a su disposición de modelos para el ejercicio de sus derechos. Si considera vulnerados sus derechos puede reclamar en www.aepd.es.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales para los fines indicados:

En a de, de 20....

Firmado y Conforme