

Anexo I: **CONSENTIMIENTO INEQUÍVOCO**

En Córdoba, a _____ de _____ de _____

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de datos de las personas físicas, le informamos que sus datos personales relativos a su tratamiento médico serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros automatizados y sistemas de información, o no automatizados del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba , con la finalidad de gestión de incidencias de dispensación.

En este sentido, con la firma del presente documento, usted consiente de forma inequívoca, que los datos referidos en el apartado anterior, sean tratados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, con la finalidad indicada anteriormente, y a la cesión de dichos datos, en caso de ser necesaria para la resolución de la incidencia, a las entidades intervinientes en la prescripción y dispensación de dicho tratamiento médico.

Así mismo, le informamos que en cualquier caso podrá revocar el presente consentimiento mediante escrito a la dirección física: Av. Brillante 31, 14012 Córdoba o al correo electrónico: colegio5@cofcordova.com.

Fdo.:

Nombre: _____

DNI: _____