



ASOCIACIÓN EXTREMEÑA A.F.A.L.
PROGRAMA COMPAÑÍA
C/ Villamesias, 3 ... Apdo. de Correos 120
Tlf.-924/330825 y 659/848257
N.I.F.-G06219075
Mérida – 06800

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales. –

De acuerdo con lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), en materia de Protección de datos y en la Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), le informamos que el responsable del Tratamiento de sus datos es **ASOCIACIÓN EXTREMEÑA AFAL**.

Sus datos personales serán usados para poder prestarle nuestros servicios y realizar la gestión administrativa, contable y fiscal de los mismos. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, están previstas cesiones de datos a aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán acceso aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estamos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de los requisitos legales.

No está prevista la transferencia de su información personal fuera del Espacio Económico Europeo, salvo para las comunicaciones realizadas a través de la plataforma Whatsapp, ya que esta tiene sus servidores fuera de la UE.

Los datos se conservarán mientras el interesado no solicite su supresión, y en su caso, durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.




Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a C/ VILLAMESÍAS, 3 – 06800 – MERIDA. Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

ASOCIACIÓN EXTREMEÑA AFAL.


C/VILLAMESIAS , Nº3 , CP 06800, Mérida (Badajoz)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

-  Consiento el uso de los datos sobre mi salud para poder recibir los servicios solicitados.
-  Consiento que se utilice mi número de teléfono para que **ASOCIACIÓN EXTREMEÑA AFAL**, pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.
-  Consiento la cesión de los datos personales a la correspondiente a **ASOCIACIÓN EXTREMEÑA AFAL**, para así continuar con la correcta gestión y control de los servicios solicitados. Si no nos permite comunicar los datos a la Asociación, es posible que no podamos prestarle los servicios solicitados, pues tal información es necesaria para que podamos desarrollar nuestra actividad de manera coherente y efectiva.
- Consiento el uso de mi imagen en página web y RRSS, para fines promocionales *en virtud a que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, el Art. 4.11 del Reglamento (UE) 2016/679 y el Art. 6 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* y el envío de comunicaciones comerciales de la asociación a mi persona.

Podrá retirar estos consentimientos en cualquier momento.

 En el caso de personas menores de 14 años o incapaces, deberá otorgar su permiso el padre, madre o tutor del menor o incapaz.

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN EN NUESTRAS OFICINAS.

Firma del interesado (en su caso, padre, madre o tutor):

Datos del paciente:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:.....

DNI:

DNI:.....