



PARTE DE **Bupa**

EJERCICIO DEL DERECHO DE SUPRESIÓN

Att. LOPD

Nombre de la empresa del Grupo Sanitas: _____

DATOS DEL AFECTADO (acompaña copia DNI)

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección postal _____ Cód. Postal _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Email _____

AUTORIZA A:

DATOS DEL REPRESENTANTE (acompaña copia DNI)

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección postal _____ Cód. Postal _____

Localidad _____ Provincia _____ Email _____

Por medio del presente escrito ejerce el **DERECHO DE SUPRESIÓN** y en consecuencia, solicita que realice y que se me notifique el resultado del derecho practicado por el siguiente medio:

- | | |
|----|--|
| Si | Correo postal a la dirección del afectado antes indicada |
| Si | Entrega en mano en las oficinas |
| Si | Correo electrónico encriptado |
| Si | Otros: _____ |

Lugar, fecha: _____

FIRMA: