

HISPAREP, S.A. DE C.V.

EJERCITO NACIONAL No. 613 INT. 101, COLONIA GRANADA, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, CP 11520, EN ESTA CIUDAD. TELEFONO 5250.6462/ 5250.3743

AVISO DE PRIVACIDAD

La protección de sus datos personales es muy importante para HISPAREP, S.A. DE C.V., razón por la cual este **AVISO DE PRIVACIDAD**, elaborado para dar cumplimiento a la **LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES**, tiene como fin informarle el tipo de datos personales que recabamos de usted, como los usamos, manejamos y aprovechamos y con quien los compartimos.

¿Qué datos personales recabamos de usted?

Como cliente de alguno de nuestros servicios le podemos solicitar información personal, que varía según el caso, relativa a:

- Su nombre, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, domicilio, ocupación R.F.C., CURP, correo electrónico y números telefónicos.
- Información de usted, de su cónyuge, padres, hijos, ascendientes o descendientes según sea el caso.
- Datos patrimoniales como cuentas bancarias, entre otros.
- Comprobantes oficiales que acrediten su identidad y la información que usted declara.
- Información médica propia, de su cónyuge de sus ascendientes o descendientes según sea el caso.
- Estudios, fotos e imágenes según lo requiera el tratamiento a realizar.

¿Para que usamos sus datos personales?

- HISPAREP, S.A. DE C.V. recaba y usa datos personales para el cumplimiento de las siguientes finalidades:
- Confirmar su identidad.
- Entender y atender sus necesidades para la aplicación del tratamiento adecuado.
- Brindarle los tratamientos adecuados y solicitados.
- Elaborar los estudios que se requieran para la aplicación de su tratamiento.
- Cumplir con los tratamientos que le sean aplicables.
- Verificar la información que nos proporciona.

¿Con quién compartimos su información y para qué fines?

Sus datos personales solo son tratados por el personal adscrito a esta clínica a efecto de elaborar el procedimiento que se ajuste a sus necesidades y que usted solicita, por lo cual, sus datos personales no se transfieren a ningún tercero ajeno a ella, salvo para el cumplimiento del tratamiento.

¿Cómo acceder, rectificar, cancelar y oponerse al tratamiento de sus datos personales?

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición o la revocación del consentimiento, podrán efectuarse presentando solicitud por escrito en nuestro domicilio dirigido a la persona encargada de la privacidad en esta oficina, o bien, vía correo electrónico a admin@hisparep.com llamando al número 5250.6462/ 5250.3743, en el entendido de que una vez plasmados en un instrumento notarial, no podrá usted ejercer sobre ellos ninguno de los referidos derechos, pudiendo hacerlo solamente respecto de los que se conservan en la base de datos de la notaría. Si usted tiene alguna duda sobre el presente aviso de privacidad, puede contactarnos al mismo correo anteriormente mencionado o números telefónicos. Así mismo ponemos a su entera disposición del presente aviso de privacidad en nuestro domicilio.

Por lo expuesto, el Dr. Carlos Gerardo Salazar López Ortiz, le solicita su consentimiento expreso de tratamiento de los datos personales proporcionados, a fin de que sean utilizados por esta clínica, de conformidad con los lineamientos preestablecidos.

Hago (hacemos) constar que otorgo (otorgamos) mi (nuestro) consentimiento expreso en el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, asentado mi (nuestro) nombre completo, firma y/o huella dactilar del pulgar derecho como constancia de nuestra anuencia, para los efectos legales a que haya lugar en Ciudad De México a ____ de _____ del 20____.

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

HISPAREP, S.A. DE C.V.

EJERCITO NACIONAL No. 613 INT. 101, COLONIA GRANADA, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, CP 11520, EN
ESTA CIUDAD. TELEFONO 5250.6462/ 5250.3743

Hago (hacemos) constar que otorgo (otorgamos) mi (nuestro) consentimiento expreso en el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, asentado mi (nuestro) nombre completo, firma y/o huella dactilar del pulgar derecho como constancia de nuestra anuencia, para los efectos legales a que haya lugar en Ciudad De México a ____ de _____ del 20 ____.

NOMBRE COMPLETO

FIRMA