



[Clínica Rotger 971711455](tel:971711455)
[Hospital Quirón Palmaplanas 971918044](tel:971918044)

AUTORIZACION PARA FAMILIAR O AUTORIZADO

Palma a de de 20 .

El abajo firmante, D/D^a: _____, con DNI

nº: _____, declara que, bajo su responsabilidad, Autoriza a

D/D^a _____ con DNI nº: _____ a retirar

del Laboratorio de Anatomía Patológica (HISTOCIT, SLP) __ bloque/s de parafina,

correspondiente/s a su caso: _____.

Eximo de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de este hecho a HISTOCIT, SLP.

NOTA: Cualquier coste que pudiera derivarse de la salida de este/os bloque/s de nuestro archivo/laboratorio y cualquier posterior estudio fuera de HISTOCIT, correrá a cargo del paciente.

(*) Se aporta copia u original de sendos DNI.

Firma:

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos personales y en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), sus datos personales, serán tratados bajo la responsabilidad de Histocit S.L.P. Finalidad: renuncia a la solicitud de análisis de la muestra recogida en laboratorio de anatomía patológica. Conservación: mientras exista un interés mutuo para ello, en función de los plazos legales aplicables. Legitimación: consentimiento del interesado o ejecución de un contrato. Destinatarios: la persona interesada y profesionales que intervengan en el proceso. Los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal. Le informamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos, así como los de limitación, portabilidad y oposición a su tratamiento, mediante notificación escrita, a la dirección C/ Santiago Russinyol 9, 07012, Palma de Mallorca, Illes Balears o enviando un mensaje al correo electrónico histocit@histocit.es . Más información en www.histocit.es Si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control en www.aepd.es