



Clínica Rotger 971711455  
Quirón Palmaplanas 971918044

Palma a de de 20 .

Yo \_\_\_\_\_, provisto con

DNI N°: \_\_\_\_\_ (\*), autorizo a Don/Doña \_\_\_\_\_

provisto con DNI N°: \_\_\_\_\_ (\*), a recoger los resultados de la analítica

en las dependencias de HISTOCIT, SLP.

En Palma de Mallorca, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_.

Firma autorizante:

Firma autorizado:

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

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](mailto:histocit@histocit.es). Más información en [www.histocit.es](http://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](http://www.aepd.es)