

FOLIO:

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN:

SOLICITUD DE DERECHOS ARCO

AVISO IMPORTANTE.

Antes de llenar el presente formato, revise el aviso de privacidad integral de Argal Estrategias Globales en la Administración de la Salud, Sociedad Anónima de Capital Variable, con domicilio en Avenida Insurgentes Sur No. 1180 Interior 602, Colonia Tlacoquemécatl del Valle, Delegación Benito Juárez C.P. 03200, Ciudad de México y página web www.argal.com.mx

1.- Nombre del titular de tratar los datos personales.

2.- Datos del solicitante. (Nombre completo, ya sea persona física o moral)

3.- Documento oficial de identificación del solicitante. (INE, pasaporte, cédula profesional, carta del servicio militar nacional, licencia de conducir, en caso de otra especificar)

4.- Número de la identificación del solicitante.

5.- Datos de personalidad y representación. Maque con una "X"

A nombre propio

En representación de un tercero.

¿Qué tipo de persona es?

Persona física

Persona Moral

En caso de ser persona moral

RFC

Documento en el cual acredita
representación con número y vigencia

6.-Medio para oír y recibir notificaciones.

Domicilio particular (calle, colonia, número, delegación o municipio, entidad, país, código postal)

Correo electrónico

Teléfono (si desea ser contactado telefónicamente)

7.- Solicitud de acceso. (Derecho a ejercer Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición)

Descripción clara y precisa de los datos personales a los que se les solicita su acceso;

Tipo de información solicitada Descripción clara y precisa de los datos personales.

Información adicional, complementaria o aclaratoria o cualquier otro elemento que facilite la localización de los datos.

Firma