



AUTORIZACIÓN DATOS

Ciudad _____ FECHA DIA MES AÑO

A través de este formato, entregado por el funcionario de SUPLIMED HOSPITALARIO SAS usted autoriza a la utilización de sus datos personales. Los datos que usted suministra en esta autorización para contactarlo o utilizarlos con fines de mercadeo serán cubiertos por la política de privacidad de SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S dando cumplimiento a la ley 1581 de 2012 (Habeas Data), la cual se encuentra publicada en las instalaciones de la organización.

Nombres y Apellidos completos _____
Dirección _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____

Firma