INCLUSION DE BENEFICIARIOS COLECTIVO:

ISA

COYSALUD

INICIATIVA SINDICAL ANDALUZA
ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS PÚBLICOS

IMPRESO PARA FACILITAR DATOS DE BENEFICIARIOS DEL TITULAR

		de		de		CLAVE	A	L	N	I	N	O	

A cumplimentar por COYSalud

DATOS PERSONALES DEL TITULAR

DNI		**Apellidos y nombre**	
-			
Domicilio		**Cod. Postal**	
Teléfono	**Población**	**Provincia**	
Profesión	**E-mail:**	**Fecha nacim.**	**Estado civil**

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Apellidos y nombre	Fecha nacimiento/DNI	Parentesco

PROPORCIONO ESTOS DATOS PARA QUE EN MI TARJETA COYSalud PUEDAN APARECER LOS NOMBRES DE MIS BENEFICIARIOS.

A TRAVES DEL CORREO ELECTRONICO COYSalud PODRÁ ENVIARME INFORMACION DE INTERES PARA NUESTRA FAMILIA RELACIONADA CON LA ENTIDAD Y SUS ENTIDADES COLABORADORAS.

El interesado facilita estos datos para que Medi Plus Gestión S.L. tramite la RENOVACIÓN de la Tarjeta COYSalud. En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en Medi Plus Gestión S.L. estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Asimismo, solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como cliente. Marque una casilla:

☐ Sí ☐ No

SI DESEA HACER ALGUNA SUGERENCIA, LE AGRADECEMOS LA ESCRIBA EN ESTE ESPACIO.

FIRMA