

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento del deber legal de información establecida en el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, se les facilita la siguiente información básica relativa a los datos personales facilitados.

Responsable	ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE AFECTADOS POR INTERVENCIONES DE CIRUGÍA REFRACTIVA (ASACIR)
Finalidad	Gestión administrativa de los datos de los asociados, así como gestionar los datos al objeto de poder conseguir una moratoria y la suspensión de las intervenciones de cirugía refractiva, así como demás objetivos reflejados en los Estatutos de la Asociación.
Legitimación	Artículo 6.1. a) RGPD. El interesado da el consentimiento para el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos.
Destinatarios	Cesión de datos a terceros a otros socios de la asociación para facilitar la interacción entre las víctimas, gestoría, entidad bancaria, proveedor de alojamiento de página web y en los supuestos previstos por Ley.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en el reverso de esta hoja.

FIRMA:

En cumplimiento del deber legal de información establecido en el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, se les facilita la siguiente **INFORMACIÓN ADICIONAL** relativa a los datos personales objeto del tratamiento.

FORMULARIO ALTA DE SOCIOS Y SOCIAS

¿Quién es el Responsable del Tratamiento de sus datos?

Identidad: ASACIR CIF: **G53890257**
Dirección postal: Ronda das Fontiñas, nº 172, 7º A, 27002, LUGO, ESPAÑA
Teléfono: 610 900 590 Correo electrónico: fjavierasacir@gmail.com asacirgestion@gmail.com

¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?

ASACIR, trata la información que nos facilitan los asociados con las siguientes finalidades:

Solicito su autorización para gestionar los datos con la finalidad administrativa y al objeto de poder conseguir una moratoria y la suspensión de las intervenciones de cirugía refractiva, así como demás objetivos reflejados en los Estatutos de la Asociación.

SI
 NO

Solicito su autorización para que su nombre, apellidos y correo electrónico sean facilitados a otros socios para facilitar la interacción entre socios.

SI
 NO

Solicito su autorización para que su nombre, apellidos y número de teléfono sean facilitados a otros socios para facilitar la interacción entre socios.

SI
 NO

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán por ASACIR mientras se mantenga la condición de socio por el interesado o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

Artículo 6.1. a) RGPD. El interesado da el consentimiento para el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos.

¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Los datos recabados serán cedidos a: otros socios previa autorización expresa del interesado, empresa de alojamiento de página web (encargada de tratamiento), entidades bancarias, gestoría (encargada de tratamiento) y en los supuestos previstos por ley.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si ASACIR, estas tratando datos personales que le conciernen o no
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos, o en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no son necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de las reclamaciones.
- En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. ASACIR, dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Cualquier persona tiene derecho a recibir los datos personales que le incumban, que haya facilitado a ASACIR, en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica y a transmitirlos a otro responsable de tratamiento, sin que lo impida ASACIR.
- ASACIR, informa al interesado, de que puede ejercer materialmente estos derechos, si se pone en contacto con nosotros para formular su solicitud en la siguiente dirección de correo electrónico: fjavierasacir@gmail.com
- El interesado que ha otorgado a ASACIR el consentimiento para alguna finalidad específica, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.
- Cualquier persona interesada, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos. Se puede poner en contacto con la Agencia Española de Protección de Datos en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/contacteciudadano/index-ides-idphp.php>

FIRMA:



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE AFECTADOS POR INTERVENCIONES DE CIRUGÍA REFRACTIVA

Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones. Grupo 1, Sección 1ª, nº nacional 171,945. NIF: G 53.890.257

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ APELLIDOS _____
DNI _____ DIRECCIÓN _____ C. POSTAL _____
LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____
F. NACIMIENTO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DATOS BANCARIOS

DOMICILIACIÓN BANCARIA: CUANTÍA (*): _____ EUROS
Nº DE CUENTA: ES _____
ENTIDAD _____
 TRANSFERENCIA BANCARIA A FAVOR DE ASACIR (*)

La cuota de socios es por año natural. La primera cuota se hará efectiva al alta en la asociación y las siguientes en las siguientes fechas:

Domiciliación: 31 de enero. Transferencia: del 1 al 31 de enero.

(*) CUOTAS: Alta entre el 1 de enero y el 30 de junio: 30 €; Alta entre el 1 de julio y el 31 de diciembre: 20 €

(**) Nº de cuenta: ES91 1491 0001 21 3000058311. La cuota será la aprobada anualmente en Asamblea Ordinaria.

DATOS MÉDICOS

En caso de más de una operación, adjuntar de forma esquemática un breve resumen que incluya la fecha, cirugía, clínica, cirujano, secuelas, etc.

FECHA DE LA OPERACIÓN _____ PROBLEMA REFRACTIVO _____
Nº DIOPTRÍAS OD _____ TÉCNICA * _____
OI _____ * Indícanos la técnica, y modelo de láser o lente (puedes comprobarlo en el informe médico)
CLÍNICA _____ CIRUJANO _____
LOCALIDAD _____ PROVINCIA - C. AUTÓNOMA _____

SECUELAS

TRATAMIENTO ACTUAL/INICIO _____

POSIBLES SECUELAS:

Señala las secuelas y en caso de no haberse iniciado justo después de la operación, señala cuando aparecieron

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OJO SECO | <input type="checkbox"/> ECTASIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS FLAP |
| <input type="checkbox"/> DOLOR OCULAR | <input type="checkbox"/> HAZE | <input type="checkbox"/> VISIÓN BORROSA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR FACIAL | <input type="checkbox"/> EDEMA | <input type="checkbox"/> DESPRENDIMIENTO DE RETINA Y/O VITREO |
| <input type="checkbox"/> NEURALGIA | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> ASTIGMATISMO IRREGULAR |
| <input type="checkbox"/> HALOS | <input type="checkbox"/> REGRESION | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA AGUDEZA VISUAL DIURNA |
| <input type="checkbox"/> FOTOFOBIA | <input type="checkbox"/> DIPLOPIA | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA AGUDEZA VISUAL NOCTURNA |
| <input type="checkbox"/> VISIÓN FANTASMA | <input type="checkbox"/> CATARATAS | <input type="checkbox"/> MIODESOPSIAS (MOSCAS VOLANTES) |
| <input type="checkbox"/> GLARE/DESLUMBRAMIENTO | | <input type="checkbox"/> DOLOR CABEZA/VISTA CANSADA |
| <input type="checkbox"/> STARBURST/DESTELLOS | | <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO EPITELIAL |
| <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN SENSIBILIDAD CONTRASTE * | | <input type="checkbox"/> LIMITA ASPECTOS DE MI VIDA DIARIA |
| <input type="checkbox"/> PÉRDIDA SEVERA DE CÉLULAS ENDOTELIALES | | <input type="checkbox"/> TENGO RECONOCIDA INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD |
| | | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS PSICOLOGICOS |

* Ver los tonos de colores con menos contraste, especialmente en sitios con luz tenue

OBSERVACIONES Y/O OTRAS SECUELAS _____

FECHA ACTUAL _____

FIRMA
