

Autorizo y confiero la representación expresa a la Oficina de Reclamaciones, quejas y sugerencias del Defensor del Usuario, para que en mi nombre y representación pueda acceder, sin ningún impedimento a cualquier documentación, historia clínica, copia de la historia clínica, pruebas o informes que consideren procedentes, así como a establecer cualquier aspecto de mediación o intermediación que considere convenientes en este proceso, garantizando estrictamente la confidencialidad y reserva de la información a la que se ha tenido acceso al amparo de la Ley de Protección de Datos y legislación aplicable.

En.....a.....de.....20.....

Conforme y aceptación  
Firma

Nombre y Apellidos.....DNI.....

"Los datos personales recogidos, serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la mismas, ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero. Para cualquier cuestión relacionadas con esta materia, o si tiene usted alguna sugerencia que permita mejorar este impreso puede dirigirse al teléfono de información administrativa 901 200 100"

***ILMO. SR. DEFENSOR DEL USUARIO DEL SISTEMA PÚBLICO  
DE SALUD DE LA RIOJA***