

Formulario para el ejercicio de derechos ARCO
PRODUCTOS HOSPITALARIOS, S.A. DE C.V.
SAFE

En cumplimiento con lo establecido por la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares** publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de Julio de 2010, así como su correspondiente **Reglamento** (en conjunto la "Ley"), **PRODUCTOS HOSPITALARIOS, S.A. DE C.V.** (a través de sus unidades de negocios que operan bajo la marca **SAFE® ("SAFE")**), designando como domicilio para los efectos del presente el ubicado en Av. Bruselas No. 569, Col. Moderna, C.P. 44190, extiende y hace de su conocimiento para todos los fines legales a que haya lugar, el presente formulario para el ejercicio de derechos ARCO.

I.- Datos del titular.	
Nombre completo:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:	

II.- Datos del representante legal (en su caso).	
Nombre completo:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:	

III.- Medio por el que solicita le sea notificada la respuesta.
Seleccione uno

IV.- Seleccione el tipo de derecho que desea ejercer (uno por solicitud).			
<u>Acceso</u>	<u>Rectificación</u>	<u>Cancelación</u>	<u>Oposición</u>

<p>ACCESO. <i>Especifique aquí, cuales son los datos a los que desea acceder.</i></p>	<p>RECTIFICACIÓN. <i>Especifique aquí, cuales son los datos que desea rectificar.</i></p>
<p>CANCELACIÓN. <i>Señale aquí cuales son los datos que desea sean cancelados y eliminados de nuestras bases de datos.</i></p>	<p>OPOSICIÓN. <i>En ejercicio de los derechos que me confiere la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, es mi deseo oponerme a que PRODUCTOS HOSPITALARIOS, S.A. DE C.V. utilice mis datos para:</i></p>
<p>_____ Nombre y Firma del Titular de los Datos que solicita el ejercicio de su derecho ARCO</p>	<p>_____ Nombre y Firma del representante legal del Titular de los Datos que solicita el ejercicio de su derecho ARCO</p>

Instrucciones de llenado. (Descargue **aquí** el manual para el ejercicio de derechos ARCO)

I.- La solicitud deberá ser firmada por el titular de los datos personales, o por su representante legal, proporcionando los datos correspondientes. En la modalidad presencial, deberá mostrar identificación oficial.

II.- Deberá seleccionar un solo tipo de derecho arco a ejercer, por cada solicitud.

III.- El Formulario puede llenarse a computadora o con letra de molde.

IV.- Usted podrá presentar este formulario debidamente cumplimentado, firmadas todas las hojas, y adjuntando la documentación requerida según el tipo de derecho que se desee ejercer, directamente al Oficial de Privacidad encargado de la atención y asesoría respecto a solicitudes de ejercicio de derechos ARCO, Efma y Asociados, S.C., ubicado en Av. España No. 1809, Col. Moderna, C.P. 44190, Guadalajara, Jalisco, en horario de atención de 8:30 a 18:00 de Lunes a Viernes o bien, enviarlos a la dirección electrónica privacidad@safeph.com.mx.

V.- Si actúa a través de representación legal deberá aportarse documentos de identificación del representante legal y documento que acredite la representación del interesado (instrumento público, carta poder ante dos testigos), o bien, mediante declaración en comparecencia personal del titular.

VI.- Con el envío del presente formulario, usted otorga su consentimiento y se da por informado de que los datos que voluntariamente facilite a través del mismo serán incorporados al archivo de Solicitudes de Ejercicios ARCO, cuyo responsable es **PRODUCTOS HOSPITALARIOS, S.A. DE C.V.**

VII.- La entrega de los datos personales es GRATUITA, debiendo cubrir el titular únicamente los gastos justificados del envío físico o el costo de reproducción en copias u otros formatos

ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA CON COPIA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES DEL TITULAR, O DEL REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO:

- Credencial del Instituto Federal Electoral.
- Pasaporte.
- Cartilla del servicio Militar Nacional.
- Cédula profesional.
- Cartilla de identidad postal (expedida por SEPOMEX).
- Certificado o constancia de estudios
- Constancia de residencia.
- Credencial de afiliación del IMSS.
- Credencial de afiliación al ISSSTE.
- Firma Electrónica Avanzada o el instrumento electrónico que la sustituya.
- Mecanismos de autenticación permitidos por otras disposiciones legales o reglamentarias.

NOTA: PRODUCTOS HOSPITALARIOS, S.A. DE C.V., -por conducto del Oficial de Privacidad- dará respuesta a esta solicitud en un plazo máximo de 15 días hábiles a partir de la recepción de la misma, siempre y cuando se encuentre debidamente requisitada; en caso de que la información que nos proporcione, no sea suficiente para localizar los datos personales que nos solicita, o sea imprecisa o errónea, se le requerirá que en un término máximo de 3 días hábiles la complemente o aclare.

En caso de que su petición resulte procedente, la respuesta se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes en términos del Artículo 32 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Así mismo se hace de su conocimiento que los plazos antes referidos podrían ampliarse una sola vez, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

Con la firma del presente formulario, el titular o en su caso el representante de éste, otorgan su consentimiento para la recepción y tratamiento de sus datos y/o documentos proporcionados en éste documento, los cuales tendrán como finalidad exclusiva, la gestión adecuada del ejercicio de los derechos ARCO.

-Uso Exclusivo del Oficial de Privacidad-

No. de Folio de solicitud:

Fecha de recepción: