

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre / razón social: BRATOS M. MORILLO CLÍNICA DENTAL, S.L.P con B80786726 cuya dirección de la oficina / servicio ante el que se ejercita el derecho de rectificación: Avenida El Ferrol, 18, 1ª 4, Código Postal 28029, Provincia de Madrid.

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a., con
D.N.I....., mayor de edad, con domicilio en la
C/Plaza..... nº.....,
Localidad..... Provincia..... C.P.....
Comunidad Autónoma....., del que acompaña copia, por medio del
presente escrito ejerce el derecho de rectificación, de conformidad con lo previsto en el artículo
17 del Reglamento General de Protección de Datos (en adelante RGPD),

SOLICITA,

Que se proceda a la rectificación de los datos erróneos relativos a mi persona que se encuentran en el fichero indicado, de conformidad con el artículo 17 del RGPD.

Los datos que deben rectificarse se enumeran como anexo a la presente solicitud, indicando la corrección que debe efectuarse.

En Madrid, a 11 de diciembre de 2020

Firma del interesado,