**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE MENORES**

Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, madre/padre/tutor de Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con D.N.I. nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a Bestmedic al tratamiento de los datos personales del menor necesarios para la prestación del servicio solicitado.

Se acompañan a la presente autorización los siguientes documentos:

          Fotocopia D.N.I. del representante legal.

          Fotocopia D.N.I. del menor autorizado.

**Información sobre el tratamiento de sus datos personales**

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los datos personales contenidos en la presente autorización son tratados por, BESTMEDIC, S.L. como responsable del tratamiento, con la finalidad de atender su solicitud y mantener una relación comercial.

En cualquier momento podrá solicitar más información sobre el tratamiento de sus datos personales, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y limitación u oposición a su tratamiento conforme indicamos en nuestra Política de Privacidad o enviando un correo electrónico a bestmedic@bestmedic.es.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma: