

A CUMPLIMENTAR POR EL SOLICITANTE

- **ID PS** _____ **PS/TMF** _____
- **Contacto del responsable de la web que instalará el APPLET TMF:**
 - **Nombre:** _____
 - **Telf. Móvil:** _____
 - **eMail:** _____
- **URL de la Web donde irá o saber la página donde se instalará:**

- **Indicar el lenguaje en el que está realizada la web:**
___ WORDPRESS ___ MAGENTO ___ PRESTASHOP ___ JOOMLA
___ PHP ___ NET ___ OTRA: _____
- **Tipo de APPLET:**
___ FLOTANTE
- **Libro de estilos o colores a utilizar en la web:**

- **Logotipo del PS en PSD o PDF trazado (adjuntar archivo)**
- **Enlace web de la política de privacidad para aceptar en el APPLET TMF**

A CUMPLIMENTAR POR TU MEDICINA FINANCIADA

- **___ PS CREADO EN EL SIMULADOR CON LOGO IDENTIFICATIVO**

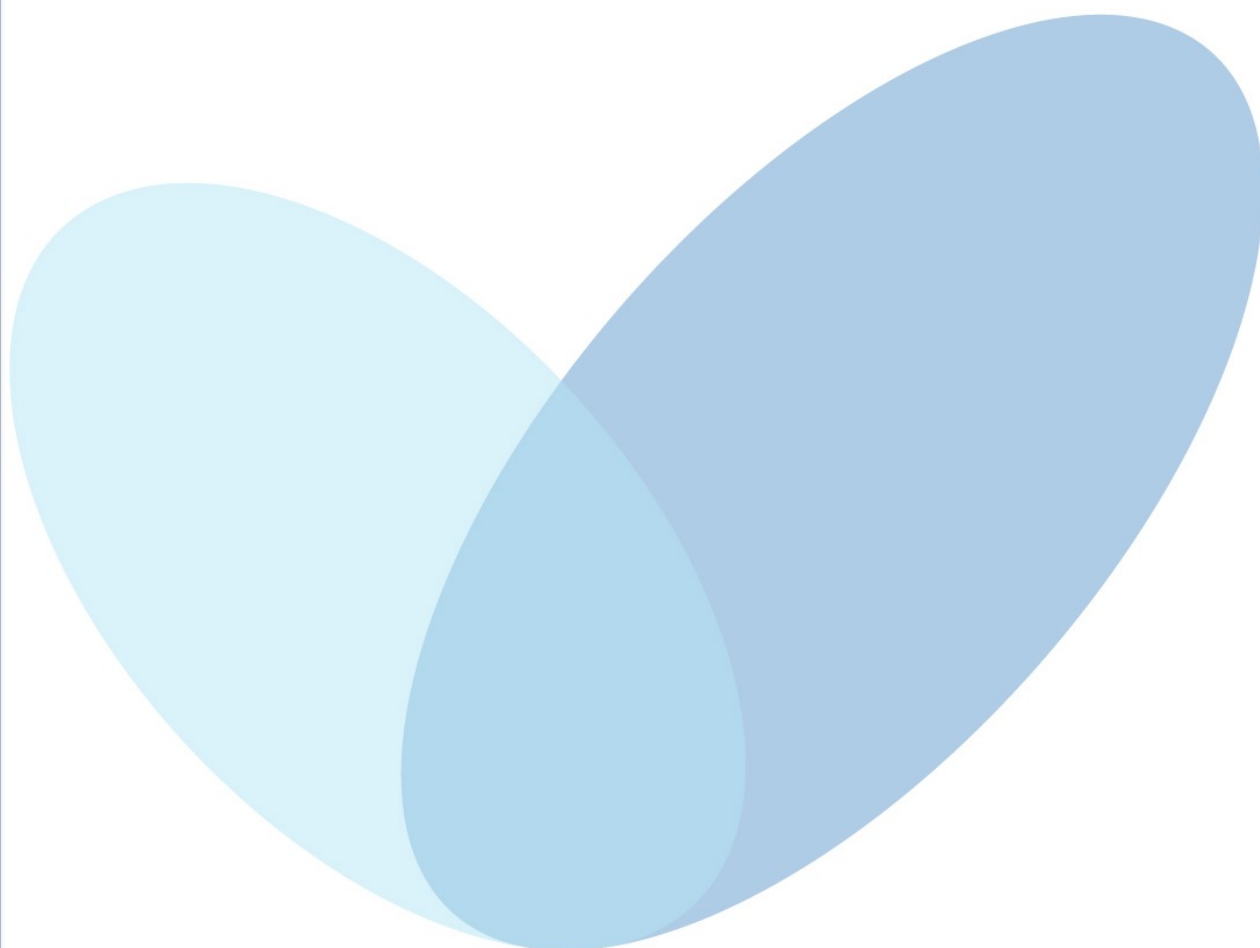
- **IDENTIFICACIÓN INTERNA DEL PS**

ID PS EN TMF _____

ID SIMULADOR TARIFA ASIGNADA _____

DESCRIPCIÓN TARIFA ASIGNADA _____

- **OBSERVACIONES:**



De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de TU MEDICINA FINANCIADA SL con CIF B66025164 y domicilio social sito en AV. CONSTITUCION 101, LOCAL 4 08860 CASTELLDEFELS para atender los compromisos derivados del contrato suscrito entre ambas partes. En cumplimiento con la normativa vigente, TU MEDICINA FINANCIADA SL informa que los datos serán conservados según el periodo legalmente establecido

Con la presente cláusula queda informado de que sus datos serán comunicados en caso de ser necesario a: administraciones públicas y a todas aquellas entidades con las que sea necesaria la comunicación con la finalidad de cumplir con la prestación del servicio anteriormente mencionado.

El hecho de no facilitar los datos a las entidades mencionadas implica que no se pueda cumplir con la prestación de los servicios objeto del presente contrato.

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de TU MEDICINA FINANCIADA SL, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpo.cliente@conversia.es o al teléfono 902877192.

TU MEDICINA FINANCIADA SL informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que TU MEDICINA FINANCIADA SL se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico info@tumedicinafinanciada.com.

Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

En último lugar, TU MEDICINA FINANCIADA SL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.

EL INTERESADO