QUEREMOS ESCUCHARTE

Tu opinión nos importa

DATOS DEL USUARIO:

Nombre:	Apellidos:	
D.N.I./N.I.E.:	Teléfono:	Email:
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	Código Postal:
Empresa:		

SEÑALE CON UNA "X" LO QUE PROCEDA:

◯ Trabajador/paciente	◯ Representante legal	◉ Otros
◯ Empresa	◯ Representante sindical	En caso de actuar en representación, indicar nombre del representado:
◯ Familiar del interesado	◯ Gestoría/Asesoría	_____

MOTIVO DE LA SUGERENCIA:

Puede remitir la presente sugerencia a la dirección calidad@maz.es o presentarla en cualquiera de nuestros centros.

Se me informa que de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se me informa que MAZ, M.C.S.S. nº 11 como Responsable de tratamiento, va a tratar los datos personales del presente formulario para poder tramitar la sugerencia, en cumplimiento de sus obligaciones.
Por ello, al formular la presente sugerencia usted CONSIENTE que MAZ, M.C.S.S. Nº11 realice el referido tratamiento de sus datos personales con las finalidades indicadas pudiendo contactar en relación a la referida sugerencia mediante vía telemática.
En cualquier caso se me informa de la posibilidad de ejercer cualquiera de los siguientes derechos: acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento, en el momento que desee en cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es.

Para consultar cualquier información adicional sobre la política de privacidad puede consultarse el siguiente enlace: privacidad.maz.es

Lugar y fecha: **Firma:**