



AFILIACIÓN GRATUITA AL PROGRAMA DE APOYO AL PACIENTE

Institución:.....

DATOS PERSONALES

Nombres:

Apellidos:

Documento de Identidad:

Fecha de nacimiento:

Dirección:.....

Distrito:..... Provincia:

Teléfono fijo: Teléfono celular:

Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN

Por medio de este documento, autorizo a **Roche Farma (Perú) S.A.** (“Roche”) a incluir mis datos personales en la **Base de Datos de Pacientes** que administre Roche (“Base de Datos”), tal como sea modificada o sustituida. Otorgo autorización por tiempo indefinido.

Roche podrá usar mis datos personales y/o los de mi representado(a) para contactarme por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o personalmente, y ofrecer material e información que pueda ser útil en la condición de mi representado (a) de afiliado al “Programa de Apoyo al Paciente de Roche” y/o producir datos estadísticos.

Roche podrá compartir mis datos personales y/o los de mi representado(a) con otras empresas especializadas (estén domiciliadas en el país o en el extranjero) que realicen administración de bases de datos y/u otras empresas (estén domiciliadas en el país o en el extranjero y sean o no parte del Grupo Roche) que participen en el “Programa de Apoyo al Paciente de Roche”.

Fecha:

Firma:

DERECHOS DEL PACIENTE

Sin perjuicio de los derechos que la Ley le confiere, el paciente tiene derecho a acceder a sus datos, así como a solicitar a Roche la actualización, inclusión, rectificación y supresión de los mismos. El paciente también tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento. Para ejercer cualquiera de sus derechos, el paciente deberá enviar una comunicación a Roche, a la dirección de Roche que figura en la parte inferior de este documento.

En caso que el paciente revoque su autorización, aquél no gozará de los beneficios del “Programa de Apoyo al Paciente de Roche”.

Roche garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos del paciente.