



HOSPITAL UNIVERSITARI
**INSTITUT
PERE MATA**

CTRA. DE L'INSTITUT PERE MATA, S/N. 43206 REUS
TEL. 977 33 85 65. FAX 977 92 05 31
www.peremata.com / ipm@peremata.com

RECLAMACIÓ □**SUGGERIMENT** □**AGRAÏMENT** □

Dades de la persona que presenta la/el Número de tarja sanitària

Cognoms i nom

DNI Data Naixement

Adreça Codi Postal.....Població

Telèfon Mòbil..... @Correu electrònic

Dades de la persona afectada

Número de tarja sanitària.....

Cognoms i nom

DNI Data Naixement

Adreça Codi Postal.....Població

Telèfon Mòbil..... @Correu electrònic

EXPOSA:**Data i signatura:**

L' Institut Pere Mata, en compliment del que estableix el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (RGPD), i de Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de 2018 de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals (LOPDGDD) posa en el seu coneixement que l'entitat disposa d'un fitxer amb dades de caràcter personal en el que s'integren les seves dades, amb la finalitat de portar a terme la tramitació de la seva petició. Els destinataris de les quals seran els departaments implicats en la gestió de la seva sol·licitud.

Vostè és el responsable de la veracitat i correcció de les dades que ens lliura i té la facultat d'exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició en l'àmbit reconegut pel RGPD de 27 d'abril de 2016 i la LOPDGDD de 5 de desembre de 2018, així com, en el Codi Tipus de la Unió Catalana d'Hospitals al qual aquest centre està adherit.

Per a exercir-los, haurà de dirigir-se per escrit a INSTITUT PERE MATA, UNITAT D'ATENCIÓ AL CIUTADÀ, Ctra. De l' IPM, S/N, 43206 – REUS.