ANEXO 3

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Por medio del presente documento, el abajo firmante:

1. Autoriza a la **Gobernación del Chocó – Secretaria de Salud Departamental**, en calidad de Responsable, a realizar tratamiento de la información personal entregada (entendido este como recolección, intercambio, actualización procesamiento, reproducción, compilación, almacenamiento, uso, sistematización y organización de datos personales, todos ellos de forma parcial o total) conforme a las su Política de Privacidad.
2. Entiende que la información será utilizada, directamente o con el apoyo de entidades públicas o privadas, para procesos pre-contractuales, contractuales, pos-contractuales, comerciales, de atención al cliente y mercadeo, procesamiento, investigación, capacitación, acreditación, consolidación, organización, actualización, reporte, estadística, encuestas, atención y trámite, y en general para facilitar, promover, permitir o mantener relaciones de comerciales.
3. Los titulares de los datos personales podrán ejercer los derechos establecidos en las leyes vigentes, incluyendo conocerlos, actualizarlos, rectificarlos, conocer cómo han sido utilizados, presentar solicitudes a la Superintendencia de Industria y Comercio y solicitar prueba de la autorización, o revocarla.
4. Cuando aplique, autoriza a entregar la información para el cumplimiento de la ley.

Para constancia de lo anterior, se firma en _____

Atentamente,

Nombre del proponente: _____

Nombre del representante legal: _____

C. C. No. _____

_____

Firma del proponente o de su Representante Legal