

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - SÖRING CLINICA DE
HERIDAS Y MEDICINAS INTEGRATIVAS S.A.S**

En atención a lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, actuando en nombre propio y en calidad de Titular de la información, actuando libre y voluntariamente autorizo expresa e inequívocamente a **SÖRING CLINICA DE HERIDAS Y MEDICINAS INTEGRATIVAS S.A.S** (Nit.900.532.173-3) para que realice la recolección y tratamiento de la información personal, la cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir, transmitir y administrar los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los diferentes aspectos relacionados con su actividad y sí mismo respecto del tratamiento de los datos personales a los cuales tenga acceso a través del desarrollo de su actividad, a través de los diferentes canales de recolección de datos que ha dispuesto en el desarrollo de sus actividades.

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales que se realizará por **SÖRING CLINICA DE HERIDAS Y MEDICINAS INTEGRATIVAS S.A.S**, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en <https://www.soringclinica.com>

Manifiesto que fui informado(a) de todos mis derechos, en especial los relativos al caso de que **SÖRING CLINICA DE HERIDAS Y MEDICINAS INTEGRATIVAS S.A.S** solicite recolectar información. Manifiesto igualmente que, como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, y los canales de atención publicados en la web <https://www.soringclinica.com> Así mismo se me informó acerca del carácter facultativo de la respuesta a las preguntas que sean hechas, cuando estas traten sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas, niños y adolescentes.

Leído lo anterior y al diligenciar este formato de autorización de tratamiento de datos personales, informo que como titular autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a **SÖRING CLINICA DE HERIDAS Y MEDICINAS INTEGRATIVAS S.A.S**, para realizar el tratamiento de mis datos personales entregados a dicha Entidad, dentro de las finalidades legales, y las aquí contempladas, conforme con la Política de tratamiento de datos personales, política publicada en <https://www.soringclinica.com> además, declaro como titular, que suscribo el presente documento de forma libre y voluntaria una vez leído en su totalidad.

Nombre: _____

Identificación: _____

Fecha: _____

Ciudad: _____

Firma: _____