

# Solicitud de Donación



Nombre Sra.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre Sr.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Causa de la esterilidad: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido gestaciones previas? \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Año nacimientos: \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratada previamente en alguna clínica? \_\_\_\_\_ N° de tratamientos: \_\_\_\_\_

Indicar los últimos tipos de tratamientos que ha recibido:

1.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Localidad de residencia: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por el que se regula el derecho de información, se le informa que los datos personales que Ud. facilita se incorporarán a ficheros debidamente inscritos en la AEPD, cuyo responsable es el Instituto Bernabeu S.L. con las siguientes finalidades: Gestión de comunicación.

Sus datos no serán cedidos sin su consentimiento y Ud. Es el único responsable de la veracidad y corrección de los datos que nos facilita y el Instituto Bernabeu S.L. adoptará las medidas de seguridad, técnicas, organizativas y legales necesarias para proteger sus datos personales.

Se ponen a disposición de los interesados los formularios para poder ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales en la dirección del Instituto Bernabeu S.L. en, C/ Avda. Albufereta 31, 03016 Alicante, España o en [lopd@institutobernabeu.com](mailto:lopd@institutobernabeu.com)