

SOLICITUD DE EJERCICIO DE OPOSICIÓN DE DATOS

RESPONSABLE DE TRATAMIENTO

La mercantil VARICLINIC S.L.P., con domicilio en C. Fuerte Santiago (Edif. Blas Infante), Portal 3, 1º entreplanta izq. Algeciras, (Cádiz) y C.I.F. IF:B72374853

DATOS DEL SOLICITANTE

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI _____
y domicilio en _____, nº _____, locali-
dad _____ Provincia _____, CP. _____, correo electróni-
co _____, teléfono _____. Por medio del presente escrito manifiesta
su deseo de ejercer su **DERECHO DE OPOSICIÓN**, de conformidad con el artículo 15 del Reglamento (UE)
2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas
en lo que respecta a tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos, por el que se deroga la Directi-
va 95/46/CE, y en consecuencia:

EXPONGO

Indicar motivos de oposición a los datos personales:

Indicar motivos de oposición a los datos personales:

--

ACREDITACIÓN MOTIVOS (Documentos que se aportan)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

SOLICITO,

Que sea atendido mi ejercicio del derecho de oposición en los términos anteriormente expuestos.

En _____ a _____ de _____ de _____