

## AVISO DE PRIVACIDAD PARA PROVEEDORES Y CLIENTES

---

Clínica La Concepción hace de su conocimiento que la responsable del Tratamiento de los datos personales que son incorporados a nuestra base de datos, como parte de los convenios de suministro de insumos y adquisiciones de mercancías lo es la persona moral denominada Clínica Quirúrgica de la Concepción S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Blvd Venustiano Carranza número 4036 de la Colonia Villa Olímpica en esta ciudad de Saltillo, Coahuila.

Así mismo hacemos de su conocimiento que toda la información que se recabe y sea almacenada en nuestra base de datos personales, cuenta con los medios de seguridad necesarios para no ser manipulada por personas ajenas a esta empresa y será manejada con absoluta confidencialidad, y tanto la obtención, uso, divulgación y almacenamiento, solo será realizado con el objeto y finalidad de cumplir con las obligaciones derivadas del convenio de suministro de insumos y adquisiciones de mercancías celebrados con su negociación, por lo que en virtud de lo anterior y a partir de que usted otorga a Clínica Quirúrgica de la Concepción S.A. de C.V. el presente consentimiento nos está facultando para tener en nuestros registros físicos y electrónicos toda la información que nos haya sido facilitada por usted a través de cualquiera de los medios que le hayan sido requeridos a efecto de recabar sus datos personales, informándole desde este momento que las dudas que pudiera tener referentes al presente aviso de privacidad las podrá consultar directamente visitando en nuestra página de internet [www.laconcepcion.com.mx](http://www.laconcepcion.com.mx), así mismo hacemos de su conocimiento que en caso de duda o aclaración referente alguno de los datos personales recabados por la empresa y para ejercer los derechos de acceso previstos en la LFPDPP, puede comunicárnoslo directamente al correo [datospersonales@laconcepcion.com.mx](mailto:datospersonales@laconcepcion.com.mx).

## **CONSENTIMIENTO EXPRESO SOBRE AVISO DE PRIVACIDAD**

Por medio de la presente hago constar que conozco y entiendo los fines y alcances del aviso de privacidad el cual me fue proporcionado y explicado por personal de Clínica La Concepción, derivados del convenio de suministro de insumos y adquisiciones de mercancías celebrados con su negociación

, por lo que otorgo mi consentimiento expreso para que Clínica Quirúrgica de la Concepción S.A. de C.V. lleve a cabo el tratamiento de mis Datos Personales, autorizando que el tratamiento de los mismos sea transmitido a terceros con el objeto y limitaciones previstas en el presente aviso de privacidad de conformidad con lo dispuesto por el artículo 36 de la LFPDPP.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_