

SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
ESTERIPHARMA, S.A. DE C.V.
(en adelante denominada como "ESTERIPHARMA")

Fecha de envío de solicitud

DATOS DEL TITULAR

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

DOMICILIO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alcaldía o Municipio	Entidad Federativa

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Correo Electrónico

DATOS DEL REPRESENTANTE

<input type="text"/>
Nombre completo o Razón social

DOMICILIO:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alcaldía o Municipio	Entidad Federativa

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Correo Electrónico

DERECHOS QUE EJERCE EL TITULAR O REPRESENTANTE

<input type="checkbox"/> Acceso	<input type="checkbox"/> Rectificación	<input type="checkbox"/> Cancelación
<input type="checkbox"/> Oposición	<input type="checkbox"/> Revocación del consentimiento	

DESCRIPCIÓN CLARA, PRECISA Y DETALLADA DE LOS DATOS PERSONALES RESPECTO DE LOS CUALES ESTÁ EJERCIENDO SUS DERECHOS ANTES MENCIONADOS

En caso de solicitud de rectificación, indicar de la manera más detallada posible, donde se encuentran los datos personales que está solicitando rectificar y acompañar con la documentación correspondiente.

En caso de revocación del consentimiento otorgado, indicar a través de qué medio y la fecha en que se otorgó su consentimiento y respecto de qué finalidades está revocando su consentimiento.

Indique los medios a través de los cuales desea recibir las notificaciones vinculadas al ejercicio de sus derechos

<input type="checkbox"/> Notificación a su domicilio	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="text"/>
		Indicar correo electrónico

Indicar domicilio completo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alcaldía o Municipio	Entidad Federativa

NOTAS:

El Titular, o en su caso, el Representante legal deberán acompañar la documentación que acredite su identidad y en su caso, la carta poder del representante legal

**SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
ESTERIPHARMA, S.A. DE C.V.
(en adelante denominada como “ESTERIPHARMA”)**

Nombre y firma del Titular o Representante Legal

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos expresados en el presente formulario son verdaderos, incluyendo los datos y la documentación que acreditan la identidad del Titular y/o el Representante legal.

Aviso de Privacidad Integral **ESTERIPHARMA, S.A. DE C.V.:** <https://esteripharma.com.mx/>