

**Nº de Afiliación al ISFAS**

**PETICIÓN DE NUEVO TALONARIO DE RECETAS**

**Primer Apellido**

**Segundo Apellido**

**Nombre**

**Serie y Nº de última receta de su talonario**

**Fecha y Firma**

Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado.

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTOS DE DATOS**

Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones farmacéuticas cuya finalidad será la gestión de talonarios de recetas que se le asignen, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.c) y 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo 1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid,

**OFICINA LOPD ISFAS@mdes.es.**

Delegado de Protección de Datos: **dpd@mdes.es.**

Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad.

INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: **Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento.**

**Este talón puede ser enviado por correo postal a su Delegación del ISFAS.  
Recibirá, por la misma vía, el talonario de recetas.**