SOLICITUD DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la regulación aplicable en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, y siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, establecidos en el Reglamento Europeo de Protección de datos RGPD UE 2016/679 de 27 de Abril de 2016, procedemos a facilitarle la siguiente información sobre la tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos:

EISAI FARMACÉUTICA.S.A. (EISAI) será el **responsable** *de los datos que usted facilite a través del presente formulario* que son recabados con la **finalidades** de ***i)*** *Gestionar y mantener relaciones y actividades de carácter comercial, promocional, científico y/o educativo relacionada con productos de la compañía y/o sus áreas terapéuticas;* ***ii)*** *cumplimiento por EISAI de las obligaciones legales en materia de farmacovigilancia.* **La legitimación** *para dicho tratamiento es su consentimiento prestado a tal efecto.* **Los destinatarios** *de los datos con la misma finalidad descrita anteriormente, serán empresas con las EISAI tiene un contrato de co-promoción, encargados de tratamiento, así como otras empresas del grupo Eisai dentro del Espacio Económico Europeo (EEA) y/o fuera del mismo, manteniendo y/o estableciendo las medidas de seguridad determinadas por la legislación aplicable en materia de Protección de Datos. No se cederán datos a otros terceros salvo autorización expresa u obligación legal.* **Podrá ejercer sus derechos** *de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento y demás derechos conferidos por la legislación aplicable, ante EISAI FARMACÉUTICA S.A, c/Via de los Poblados, nº3, Parque Empresarial Cristalia, Edificio 7/8, 4ª planta 28033, Madrid o por correo electrónico a la siguiente dirección : data_protection_emea@eisai.net*. Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en www.eisai.co.uk o en la web local www.eisai.es.

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS PERSONALES

Nombre:		**Apellidos:**	
NIF:			
Dirección fiscal:		**Nº:**	**piso:**
CP:	**Localidad:**	**Provincia:**	
Teléfono:		**email:**	
Área de especialidad terapéutica:			
Centro de trabajo:			

En caso de que desee recibir información marque la siguiente casilla:

☐ Autorizo al envío de comunicaciones informativas relativas a las actividades, productos o servicios por correo postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico equivalente.

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal mediante la firma del presente documento.

En ……..……., a …..… de ….…… de ……..

Firma:_____