



REGISTRO DE  
ENTRADA:  
2021/\_\_\_/\_\_\_

**MODELO 1. SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVAS.**

1.- Datos del solicitante		
APELLIDOS Y NOMBRE		NIF-NIE
Representante legal (en su caso)		
APELLIDOS Y NOMBRE		NIF
Datos de contacto a efecto de notificaciones		
DIRECCIÓN		
CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	
TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO	PROVINCIA

2.- Solicita
Se me conceda la máxima subvención establecida para la adquisición de soluciones auditivas.

3.- Documentación aportada	
<input checked="" type="checkbox"/>	SOLICITUD (MODELO 1).
<input checked="" type="checkbox"/>	CONSENTIMIENTO SANITARIO FIRMADO.
<input checked="" type="checkbox"/>	INFORME AUDIOLÓGICO / RECOMENDACIÓN MÉDICA / OTROS

4.- Condiciones
<ul style="list-style-type: none"><li>- Las solicitudes se tramitarán por orden de registro, anulando las incompletas.</li><li>- El porcentaje subvencionado variará según la situación económica y audiológica del paciente.</li><li>- El importe subvencionado será descontado del precio de venta de las soluciones auditivas recomendadas por nuestros especialistas. En ningún caso se abonará en efectivo.</li><li>- El plazo de presentación de solicitudes será hasta el <b>30 de Junio</b> de 2.021 a las 12:00h.</li><li>- Oír Salud Centros Auditivos se reserva el derecho de modificar las condiciones y fechas.</li></ul>

En Puerto del Rosario, a ..... de ..... de 2.021.

Solicitante

Fdo: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO SANITARIO:

De conformidad con el Reglamento 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 al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, se le informa de los siguiente:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	<b>OÍR SALUD CENTRO AUDITIVO</b>
<b>Finalidad</b>	DATOS UTILIZADOS CON LA FINALIDAD DE GESTIONAR LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES Y LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS PARA ADAPTAR AUDÍFONO A SU PERDIDA, MEDIANTE SU TRATAMIENTO COMO PACIENTES
<b>Legitimación</b>	Ejecución de un contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
<b>Destinatarios</b>	Sus datos podrán ser comunicados a terceros  No se transferirán datos fuera de la UE.
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos así como otros derechos, como se explica en la información adicional
<b>Procedencia de los datos</b>	Los datos personales tratados en <b>OÍR SALUD CENTRO AUDITIVO</b> proceden de :  •El propio interesado o su representante
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos .

Don/Doña.....  
con DNI..... Autorizo a **OÍR SALUD CENTRO AUDITIVO**, al uso profesional de mis datos de conformidad con la finalidad expresada anteriormente.

Autorizo el envío de comunicaciones sobre nuestros productos a través de WhatsApp, correo electrónico, llamadas y otros. Al aceptar recibirás por estos medios, información sobre nuestros descuentos, promociones e información de nuevos productos. Puede solicitar información adicional sobre el tratamiento de sus datos preguntando a nuestro personal.

En Puerto del Rosario, a ..... de ..... de 2.021.

Firma: \_\_\_\_\_