DERECHO DE SUPRESIÓN (CANCELACIÓN)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Datos de la Agencia Distribuidora(Nombre y apellidos o razón social)

(Dirección y población)

Apreciado/a Sr. /Sra.

Por la presente, y en virtud de la solicitud que Usted nos remitió en fecha \_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_, relativa al ejercicio de su derecho de cancelación en virtud de lo establecido en el artículo 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos:

1.- Que en virtud de lo establecido en el artículo 31 del RD 1720/2007, de 21 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, (titular de la oficina de farmacia) ha procedido a bloquear su datos personales, conservándose a disposición de las Administraciones públicas, Jueces y Tribunales y durante los plazos previstos en las disposiciones aplicables.

Dando cumplimiento al deber establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, se da por ejercitado el derecho de cancelación solicitado por usted, quedando a su disposición para cualquier duda que tenga al respecto.

Cordialmente,

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Datos sobre la oficina de la Agencia

Denominación:

Domicilio: