



## SOLICITUD DE DERECHOS ARCO

(Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición)

**DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** de **SERVICIOS FARMACEUTICOS ESPECIALIZADOS, S.A DE C.V** con domicilio en **CALLE PACIFICO NO. 29, COLONIA BARRIO DE LA CONCEPCION, ALCALDIA DE COYOACAN, C.P. 04020, CIUDAD DE MÉXICO**. La presente solicitud está diseñada para atender en tiempo, forma y fondo el ejercicio de sus derechos ARCO previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "LFPDPPP"), y su Reglamento. Le recordamos que los derechos ARCO sólo pueden ser ejercidos por el titular o su representante legal previa acreditación de su identidad, razón por la cual a la presente solicitud debe acompañarse copia simple o electrónica legible de su identificación oficial vigente (por ambos lados). Asimismo, le informamos que para que su solicitud proceda es indispensable completar toda la información solicitada, la cual es necesaria para acreditar su identidad, tal y como se señala en los artículos 32, 34 y 35 de la LFPDPPP, así como 89 de su Reglamento.

### DATOS DEL TITULAR:

Nombre (s): \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Domicilio en (calle): \_\_\_\_\_ Número exterior: \_\_\_\_\_ Número interior: \_\_\_\_\_  
Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
Teléfono secundario: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico para contacto: \_\_\_\_\_

Documentación que debe acompañar a su solicitud mediante copia electrónica legible (escaneada) de identificación oficial vigente (Marque con una "X"):

- Credencial para votar con fotografía No. \_\_\_\_\_
- Pasaporte No. \_\_\_\_\_
- Cartilla del Servicio militar No. \_\_\_\_\_
- Cédula profesional No. \_\_\_\_\_
- Credencial de Afiliación del IMSS No. \_\_\_\_\_
- Credencial de Afiliación al ISSSTE No. \_\_\_\_\_
- Documento migratorio que constate la legal estancia del extranjero al país No. \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (SÓLO SI APLICA):

Nombre (s): \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_

\* En caso de ser representante legal del titular, deberá acompañar a la presente solicitud: copia electrónica legible (escaneada) del instrumento público correspondiente, o en su caso, carta poder firmada ante dos testigos (marcar la casilla correspondiente).

- Instrumento Público. Notaría No. \_\_\_\_\_ No. Instrumento \_\_\_\_\_
- Carta poder.

### DERECHOS ARCO:

Tipo de solicitud: (Marque con una "X" el o los derechos que desea ejercer)

- Acceso     Rectificación     Cancelación     Oposición

En el siguiente recuadro deberá indicar sobre qué Datos Personales pretende ejercer los derechos arriba mencionados; así como cualquier otro elemento o información que facilite la localización de los mismos.

Los datos personales que proporciona en la presente solicitud serán tratados por **SERVICIOS FARMACEUTICOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.** con domicilio en **CALLE PACIFICO NO. 29, COLONIA BARRIO DE LA CONCEPCION, ALCALDIA DE COYOACAN, C.P. 04020, CIUDAD DE MÉXICO**, México, para realizar todas las actividades necesarias para atender su ejercicio de Derechos ARCO. En el caso de ejercer la cancelación de sus datos, se realizará el bloqueo y posterior eliminación de dicha información conforme a las disposiciones legales correspondientes. Para mayor información <http://www.sfe.com.mx>

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma