**POST VACUNACIÓN**

**PARA QUE LE LLEGUE EL RESULTADO SIN NINGÚN ERROR, ESCRIBA DE MANERA CORRECTA Y ENTENDIBLE.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTICUERPOS IgG POST VACUNACIÓN**

**Nombre/Name:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Apellidos/Surname:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DNI/ID card/Passport:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Teléfono móvil/Telephone number:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Correo electrónico/Email:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Fecha de nacimiento/Date birth:**

|  |
| --- |
|  |

**Forma de pago/Payment method:**

Tarjeta/Credit card Metálico/Cash Abona la empresa/Paid by the company

Si desea factura cumplimente estos datos/Bill:

* Titular de la factura:
* Dirección fiscal:
* CIF (empresa):
* NIF (particular):

¿Qué vacuna le han puesto? ¿Cuántas dosis ha recibido?

Pfizer AstraZeneca Moderna Janssen

Pamplona/Tudela a de de 2022 Firma/Signature

EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999 de 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, LE INFORMAMOS QUE LOS DATOS QUE NOS PROPORCIONA PASARÁN A FORMAR PARTE DE UN FICHERO TITULARIDAD DE LABORATORIO BELÉN PERFECTO 2005 S.L, CUYAS FINALIDADES EXCLUSIVAS SON LAS DERIVADAS DE LA ACTIVIDAD SANITARIA, ASÍ COMO LA GESTIÓN DE TIPO ADMINISTRATIVA NECESARIA PARA DICHOS SERVICIOS.

EL INTERESADO PODRÁ EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN, EXPRESAMENTE RECONOCIDOS EN LA CITADA LEY ORGÁNICA 15/1999, MEDIANTE ESCRITO, ACOMPAÑADO DE FOTOCOPIA DE DNI, DIRIGIDO A LABORATORIO BELÉN PERFECTO 2005 S.L, CALLE JULIÁN GAYARRE, nº20 31005, PAMPLONA (NAVARRA) O BIEN A TRAVÉS DE LOS FORMULARIOS QUE SE ENCUENTRAN A SU DISPOSICIÓN EN LA DIRECCIÓN ANTERIORMENTE CITADA.