MINISTERIO
DE CULTURA
Y DEPORTE

AEPSAD
AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN
DE LA SALUD EN EL DEPORTE

SOLICITUD DE SERVICIOS DE APOYO MÉDICO-DEPORTIVO

A. DATOS DE LA ENTIDAD

1. Entidad solicitante:
2. Nombre y apellidos del solicitante:
3. Cargo en la entidad:
4. Correo electrónico a efectos de notificación:

B. SERVICIOS QUE SE SOLICITAN

5. Lugar para la realización de la prestación del servicio: Centro de Medicina del Deporte en Madrid.

6. Relación de deportistas y especificación de pruebas solicitadas:

6.1. Nombres y apellidos	6.2. Servicios solicitados	6.3. Fecha/s propuesta/s

C. OBSERVACIONES

D. PAGO DE LOS SERVICIOS

7. Según los precios y condiciones que figuran en la *ORDEN ECI /2626/2005, de 2 de agosto de 2005*, por la que se establecen los precios públicos a satisfacer por servicios prestados por el Consejo Superior de Deportes o los que se acuerden por convenio.

Se informa que los datos requeridos en este impreso serán tratados conforme la normativa de protección de datos vigente y según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Dichos datos son necesarios para la tramitación de la solicitud y podrán ser objeto de tratamiento automatizado, siendo su finalidad la prestación del servicio solicitado y su utilización posterior con fines estadísticos y científicos de manera compatible con dichos fines y respetando la confidencialidad y el anonimato mediante la previa disociación.
La responsabilidad del fichero automatizado corresponde a la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte (AEPSAD), como responsable del tratamiento de los datos, ante la que se puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad a través de un escrito dirigido a C/Pintor el Greco s/n, 28040 de Madrid o a través de correo electrónico deporteysalud@aepsad.gob.es. También se pone a disposición de los interesados el contacto del delegado de protección de datos de la AEPSAD para que dé respuesta a cualquier duda o cuestión que tengan con relación al tratamiento de sus datos: dpd@aepsad.gob.es.
El abajo firmante DECLARA conocer la normativa de cesión de datos existente, comprometiéndose a no utilizar los que se reflejen en los informes que se emitan como consecuencia de la presente solicitud, para otros usos y fines que no sean los estrictamente derivados para la salud y la mejora del rendimiento deportivo de los afectados.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma del solicitante

Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte
Departamento de Deporte y Salud. Centro de Medicina del Deporte

C/ Pintor El Greco, s/n
28040 MADRID
TEL: 91 589 78 81