



## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que he sido informado: (i) Que Ortho Professional Dental Ltda. actuará directamente o a través de terceros como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención 6379855, el correo electrónico [servicioalcliente@orthoprofessional.com](mailto:servicioalcliente@orthoprofessional.com) la oficina de atención al cliente ubicada en la Cr 7 Bis No. 123-21 Bogota, cuya información puedo consultar en [www.orthoprofessional.com](http://www.orthoprofessional.com), disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización; (ii) Mis datos serán tratados para fines comerciales. (iii) Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos derechos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por Ortho Professional Dental Ltda. Para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de datos personales de Ortho Professional Dental Ltda. disponible en <https://rnbd.sic.gov.co/sisi/consultaTitulares/consultas/#> consultando la base de datos con el nit 830069515; (iv) Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores.

Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Ortho Professional Dental Ltda, para tratar mis datos personales, con finalidad principal de comercialización de los bienes y servicios del Responsable del Tratamiento, así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales.

Ortho Professional Dental Ltda. podrá usar mi información para los siguientes fines:

1. Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo del comercio respecto de cualquiera de los productos y servicios ofrecidos.
2. Realizar invitaciones a eventos, mejorar productos y servicios u ofertar nuevos productos y todas aquellas actividades asociadas a la relación comercial o vínculo existente con Ortho Professional Dental Ltda.
3. Efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de Ortho Professional Dental Ltda.

Otorgo mi consentimiento a Ortho Professional Dental Ltda para tratar mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y por tanto, me comprometo a conocer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: <https://rnbdsic.gov.co/sisi/consultaTitulares/consultas/#> consultando la base de datos con el nit 830069515. Autorizo a Ortho Professional Dental Ltda a modificar o actualizar su contenido a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía o por correo electrónico.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_