

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

De conformidad con lo previsto en los artículos 7, 8, 12 y 35 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, por medio del presente documento, reconozco que he leído y entiendo los alcances del presente Aviso de Privacidad, por lo que expreso mi consentimiento expreso, libre, específico e informado respecto del tratamiento de mis datos personales sensibles en los términos del aviso ya citado, y autorizo de forma expresa a VITALOZ, CLINICA ESPECIALIZADA EN OZONO S.A DE C.V. para efectos de este consentimiento **Coworking Médico by Vitaloz**, a recabar y tratar mis datos personales, incluyendo mis datos personales sensibles, así como para transferirlos a terceros para los fines establecidos en el presente Aviso de Privacidad.

Nombre:

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha de actualización, septiembre 2026.