Formato Único para la Revocación del Consentimiento

Los datos personales que nos proporciona a través del presente Formato Único, tienen como finalidad exclusivamente verificar la identidad del titular o de su representante legal para Revocar su Consentimiento.

Fecha (dd/mm/aa)

Datos del Titular o de su Representante Legal

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s)

Calle | Número Exterior - Interior | Colonia

Municipio | Estado | Código Postal

Teléfono(s) | Correo Electrónico

Favor de describir brevemente su Solicitud

Procedimiento y requisitos para el envío del presente Formato Único

Usted deberá enviar debidamente llenado el presente Formato Único a la dirección de correo electrónico admin@buscandomedico.com, junto con una copia electrónica del documento necesario para acreditar su personalidad, según corresponda, tales como:

- Identificación Oficial por ambos lados (credencial para votar, pasaporte, cartilla del servicio Militar Nacional, cédula profesional) o, en su caso, con el que se acredita la representación legal (instrumento del notario público o la carta poder firmada ante dos testigos).

Usted recibirá respuesta a su Solicitud de Revocación del Consentimiento, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de su Formato Único.

En caso de que la información proporcionada en el presente Formato Único sea errónea o insuficiente, o bien, no se acompañen los documentos de acreditación correspondientes, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la Solicitud, se le podrá requerir que aporte los elementos o documentos necesarios para dar trámite a la misma. Usted contará con diez (10) días hábiles para atender el requerimiento, contados a partir del día siguiente en que se le haya enviado. De no dar respuesta en dicho plazo, se tendrá por no presentada la Solicitud correspondiente.