

**AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS POR PARTE DE
ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.**

Con la firma del presente documento, declaro y autorizo a **ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.** para el manejo de los datos personales para el desarrollo del contrato y temas administrativos propios de **ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.** Declaro que recibí información clara y completa del manejo de datos correspondiente a la ley 1581 de 2013 y de la política de tratamiento de datos que maneja **ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.** que podrá ser consultada en el siguiente link WWW.ALMACENSANITARIO.COM.

Por lo tanto, manifiesto como representante de **EL PROVEEDOR** que, de forma libre, previa, expresa e informada autorizo a **ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.** identificada con **NIT. 801001540-6**, quien actúa como responsable y encargado del manejo de las bases de datos personales y dará cumplimiento a la normatividad vigente en la materia en concordancia con la política de protección de datos de **ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.**.

Por lo tanto, como representante del titular de la información DEJO CONSTANCIA QUE:

- Otorgo autorización expresa para que **ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.**, o el tercero que esta designe, capte los datos para fines contractuales y administrativos.
- Declaro que no busco retribución alguna con esta autorización y que previamente se informó los alcances y finalidades de la misma.
- Conozco los derechos que se le asisten al dar la presente autorización y la misma podrá ser revocada en cualquier momento por medio de una manifestación escrita.

En virtud de lo anterior, como representante del titular de la información manifiesto que:

- a. Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca el manejo de sus datos. Entendiendo que esta autorización la puedo revocar por escrito en el momento que lo desee.
- b. He suministrado de forma voluntaria la información obtenida para el Tratamiento de sus datos personales
- c. Entiendo que esta autorización se hace de manera gratuita. Por lo tanto, no recibiré pago alguno por concepto de este consentimiento.
- d. Declaro y garantizo que el presente consentimiento de ninguna manera entra en conflicto con otros compromisos existentes que tenga con **ALMACEN SANITARIO EJE CAFETERO S.A.S.**.

La presente autorización para la recolección y tratamientos de datos se firma en señal de acuerdo y aceptación.

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN:

Autorizo: SI _____ NO _____

Nombre de Representante Legal: _____

No de identificación del Rep. Legal: _____

Nombre de la Persona Jurídica: _____

NIT: _____

Firma: _____