

SOLICITUD DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre y apellidos:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):
N° pasaporte/D.N.I. utilizado durante el crucero:
N° de reserva:
Nombre del barco:
Fecha de salida (dd/mm/aaaa):
Fecha de desembarque (dd/mm/aaaa):
Direccion correo electrónico:
Por el presente solicito a MSC Cruise Management (UK) Ltd que me facilite copias de mi historial médico enviándolas a la dirección de correo electrónico arriba indicada.
Al firmar esta "Solicitud de historial médico", entiendo perfectamente que solicito, en virtud de la legis- lación sobre protección de datos, que se me envíe mi historial médico a la dirección de correo electrónico que he indicado correctamente más arriba.
Esta "Solicitud de Historial Médico" me ha sido explicada. Firmo esta "Solicitud de Historial Médico" por mi propia voluntad y en mi nombre.
Fecha (dd/mm/aaaa):
Nombre y firma: