

## **FORMATO DE SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.**

La presente solicitud tiene como objeto que el titular de datos personales, los cuales obran en poder de la Empresa responsable, ejerza su derecho de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición (ARCO) o Revocación del consentimiento previstos en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, así como en los lineamientos del Aviso de Privacidad.

1. Datos del Solicitante.

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad y localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. Empresa Responsable de sus Datos Personales.

Investigación Biomédica para el desarrollo de Fármacos, S.A de C.V.

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

3. Tipo de solicitud de ejercicio de derechos.

Acceso

Rectificación

Cancelación

Oposición

Revocación de consentimiento

4. Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se solicita ejercer algunos de los derechos señalados, señalando el motivo o razón de su solicitud, así como la documentación que sustente su petición.

---

---

---

---

---

---

Nombre y firma del titular

---

### **PASOS PARA HACER VÁLIDA LA SOLICITUD:**

1. imprimir el formato de solicitud de Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición o Revocación del consentimiento.
2. Llene debidamente todos los datos solicitados, señalando de manera precisa los motivos de su solicitud.
3. Adjunte copia de su documento de identificación (INE, PASAPORTE)
4. Envíe el formato de solicitud y copia de su identificación al correo electrónico:  
[avisodeprivacidad@investigacionbiomedica.com.mx](mailto:avisodeprivacidad@investigacionbiomedica.com.mx)
5. El responsable comunicará su respuesta al titular en 20 días hábiles, por medio de correo electrónico.