

## FORMATO DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO.

**MEIK & HEALTH MEXICO, S.A. DE C.V.** (en adelante referido como MEIK), con domicilio ubicado en Orozco y Berra No.26 Int.21, Buenavista, Alcaldía Cuauhtémoc C.P 06300, en la Ciudad de México, pone a su disposición el presente formato con la finalidad que usted ejerza en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales (derechos ARCO).

Cabe señalar, que los derechos ARCO podrán ser ejercidos por parte del titular de los datos personales, o bien a través de su representante legal, por lo que en ambos casos deberá acreditarse la personalidad con la que se ostente.

Conforme a lo anterior, le solicitamos que marque con una "X" el derecho ARCO que desea hacer valer, para que una vez marcado, en las líneas subsecuentes a la palabra "ARCO" exprese con precisión los datos o información a la que desea acceder, rectificar, cancelar y oponer.

<b>Derecho de Acceso:</b> Derecho del titular a solicitar a MEIK a efecto que le informe si en su base de datos cuenta con información alguna de sus derechos personales.	
<b>Derecho de Rectificación:</b> Derecho del titular a solicitar a MEIK la corrección de los datos personales que posee en su base de datos, siempre y cuando dichos datos sean incorrectos, imprecisos, incompletos o están desactualizados.	
<b>Derecho de Cancelación:</b> Derecho del titular de solicitar a MEIK la cancelación de sus datos personales que posee en sus bases de datos.	
<b>Derecho de Oposición:</b> Derecho del Titular para solicitar a MEIK se abstenga a continuar usando o tratando sus datos personales de forma total o parcial (para determinadas circunstancias o finalidades).	

ARCO.

---

---

---

---

Procederemos a atender su petición en un plazo de 20 (veinte) días contados a partir de la fecha de solicitud, y se le informará sobre la procedencia de la misma al siguiente correo electrónico: [contacto@meikmexico.com.mx](mailto:contacto@meikmexico.com.mx)

### DATOS DEL SOLICITANTE.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_ CON \_\_\_\_\_ EL \_\_\_\_\_ QUE \_\_\_\_\_ ACREDITA \_\_\_\_\_ SU  
PERSONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_ FEHCA \_\_\_\_\_ DE  
SOLICITUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA