

FORMULARIO DE REVOCACIÓN MODALIDAD DE PUBLICACIÓN TRANSFERENCIAS DE VALOR

SOLICITANTE

Nombre/Apellidos del profesional sanitario: _____ / _____

DNI/NIF: _____

Ciudad principal de ejercicio profesional: _____

SOLICITO A

Roche Farma, S.A., domiciliada en la Calle Eucalipto 33, 28016 de Madrid

Que se proceda a revocar la modalidad de publicación de transferencias de valor elegida para la que di mi consentimiento, que pasará a ser la siguiente (marcar una de las siguientes casillas):

CONSENTÍ LA PUBLICACIÓN INDIVIDUALIZADA Y QUIERO QUE CAMBIE A PUBLICACIÓN AGREGADA

CONSENTÍ LA PUBLICACIÓN AGREGADA Y QUIERO QUE CAMBIE A PUBLICACIÓN INDIVIDUALIZADA

Dicha revocación surtirá efectos con posterioridad a la recepción de esta solicitud (es decir, para nuevas transferencias de valor) por Roche Farma, S.A.

Esta decisión no afecta a las transferencias de valor relacionadas con prestación de servicios de I+D, que se publicarán siempre de manera agregada.

En todo momento Ud. podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Departamento Legal de Roche Farma, S.A., domiciliada en calle Eucalipto 33, 28016 Madrid.

En a de de 201...

Firma: _____