Quiero recibir más información sobre la AME

Nombre(s)
Apellidos
Correo Electrónico
Cédula médica más reciente
Favor de proporcionar su cédula númerica tal como está dada de alta ante la SEP
Especialidad
Teléfono / Whatsapp
☐ Conozco el aviso de privacidad y acepto compartir mis datos
Al enviar las respuestas a este formulario, estoy aceptando compartir mis datos personales con Novartis Farmacéutica. Novartis Farmacéutica, S.A. de C.V. responsable de los datos que cada uno recabe, son el “Responsable” de recabar sus datos personales, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 2475, Tizapán San Ángel, Álvaro Obregón, 01090 Ciudad de México, México. Los datos personales que usted nos proporcione serán utilizados como finalidad primaria (i) Para que usted pueda participar en, programas de pacientes y/o de investigación clínica; (ii) Para participar y/o colaborar en diversos eventos o foros relacionados con la salud, ya sea presenciales o digitales; (iii) Para integrar bases de datos acorde con las otras finalidades aquí descritas; (iv) Para cumplir con la legislación aplicable y; (v) Para mantener la relación jurídica que pueda generarse y; como finalidades secundarias (i) mercadotecnia, publicidad y/o prospección comercial; (ii) ofrecerle información médica y de salud y, en su caso, otros productos y/o servicios propios o de cualquiera de nuestras afiliadas, subsidiarias, sociedades controladoras, asociadas, comisionistas, sociedades o de terceros; (iii) Para invitarlo a participar en diferentes programas, eventos, foros y conferencias relacionados con la salud;. Consulte el texto completo de nuestro Aviso de Privacidad Integral y los mecanismos para ejercer sus derechos, en Aviso de Privacidad | Novartis Pro
Enviar

Source URL:
https://www.pro.novartis.com/mx-es/quiero-recibir-mas-informacion-sobre-la-ame