



SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

El abajo firmante: _____

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Nº pasaporte/documento: _____

Numero de reserva: _____

Nombre del barco: _____

Fecha de salida (dd/mm/aaaa): _____

Fecha de desembarque (dd/mm/aaaa): _____

Mail: _____

Por la presente solicito a MSC Cruise Management (UK) Ltd que me proporcione copias de mis registros médicos enviándolos a la dirección de correo electrónico mencionada anteriormente.

Al firmar esta “Solicitud de Registros Médicos”, entiendo completamente que estoy realizando una solicitud, conforme a las leyes de protección de datos, para que mis registros médicos sean enviados a mi dirección de correo electrónico, tal como he indicado anteriormente.

Esta “Solicitud de Registros Médicos” me ha sido explicada. Estoy firmando esta “Solicitud de Registros Médicos” por mi propia voluntad en representación de mí mismo.

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Firma: _____