

Formulario de solicitud del interesado/a 1¹

No está obligado/a a rellenar este formulario para realizar una solicitud, pero haciéndolo nos facilitará tramitar su petición con mayor eficacia.

Fecha de la solicitud: _____

Información de contacto del solicitante:

Nombre

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Apellido

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Teléfono

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Correo electrónico

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

País

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Dirección

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Ciudad

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Estado/Provincia

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Solicitud de datos personales

Deseo:

- Confirmar que están en posesión de mis datos personales
- Recibir una copia de mis datos personales
- Actualizar mis datos personales
- Darme de baja de las actividades de marketing de Blueprint Medicines
- Retirar el consentimiento para utilizar mis datos personales
- Suprimir mis datos personales
- Reclamar sobre el uso de mis datos personales

Datos del interesado/a

- Los mismos que los del solicitante

Nombre

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Apellido

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Teléfono

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Correo electrónico

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

País

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Dirección

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Ciudad

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

¹ Las solicitudes se responderán en un plazo de treinta (30) días a partir de su recepción por Blueprint Medicines. Es posible que se requiera más tiempo en función de la complejidad de la solicitud. En este caso, Blueprint Medicines se pondrá en contacto con usted si se requiere más tiempo para procesar su solicitud. Se solicitará la verificación de la identidad. Si la solicitud no es presentada por el interesado o por los padres de un interesado menor de edad, esta solicitud deberá incluir la confirmación de que el solicitante tiene autoridad para actuar en nombre del interesado (por ejemplo, prueba de tutela, poder notarial).



Estado/Provincia

[Haga clic o toque aquí para introducir texto.](#)

Relación con Blueprint Medicines

- Solicitante de empleo o candidato/a
- Referencia para un solicitante de empleo
- Ex empleado/a o antiguo personal contingente
- Profesional Sanitario
- Organización sanitaria
- Proveedor/a
- Paciente/Cuidador/a
- Otra persona física

¿A qué área o grupo de Blueprint Medicines se han facilitado sus Datos Personales?

- Clínica
- Comercial (Ventas y marketing)
- Finanzas
- Recursos Humanos
- TI
- Legal
- Médica
- Investigación
- Otra/No estoy seguro/a

Si ha solicitado recibir una copia de los datos solicitados, ¿cómo le gustaría recibir los datos (si están en posesión de Blueprint Medicines)?

- Copias electrónicas
 - acceso al sitio protegido
 - por correo electrónico, como se indica más arriba
- Copias impresas
 - por correo postal
 - retirar de la oficina de Blueprint Medicines

Declaración

Al enviar este formulario a Blueprint Medicines, usted:

- Confirma que he leído y comprendido las condiciones de este formulario de consulta y que la información facilitada es exacta y completa
- Confirma que es el Interesado indicado o el representante autorizado del Interesado indicado en este Formulario de Solicitud del Interesado.
- Consiente el tratamiento de sus datos personales facilitados en este formulario con la finalidad de identificar los datos personales sobre los que formula una consulta y responder a su solicitud.

Firma: _____