

**CONSENTIMIENTO DE PROVEEDORES
PARA LA ACEPTACIÓN DE REGLAMENTO
Y EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES**

León, Gto. a 20 de enero del año 2026
(Día) (Mes) (Año)

En términos de lo establecido en los artículos 8 y 9 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, se solicita su consentimiento expreso y por escrito para el tratamiento de los datos personales recopilados durante el proceso de ingreso y datos sensibles generados durante la prestación de servicios.

Para tal efecto, autorizo que mis datos personales y datos sensibles o los de la persona a la cual represento sean tratados por Administradora Hospitalaria SA de CV, con nombre comercial Médica Campestre, bajo los términos y condiciones del Aviso de Privacidad mostrado en la Plataforma de Registro de Proveedores y publicado en la página de la Institución <https://medicacampestre.com/>, el cual he leído y rectifico que se encuentra disponible.

Además, hago constar que se me ha entregado el documento *ESP-DIR-01 Reglamento para Ingreso de Proveedores*, el cual he leído y que tanto yo como Representante Legal como mi Representado comprendemos la importancia que tiene su observancia y por lo tanto aceptamos cumplirlo.

Nombre del Proveedor o Responsable Legal: MARIO ALBERTO BALCAZAR GONZALEZ

Firma:

