

Mortal Autopsia: SI NO Causa del fallecimiento: _____

| |
|--|
| Persona que notifica el acontecimiento (profesional sanitario o particular) |
|--|

Nombre: _____ Dirección: _____

Profesión (sólo profesional sanitario): _____

Teléfono _____ Fax: _____ email: _____ @ _____

De acuerdo con la normativa sanitaria y de protección de datos, los datos de salud de carácter personal que nos facilita serán incorporados a un fichero de farmacovigilancia de la compañía Novartis Vaccines & Diagnostics, para analizar, así como enviar a las autoridades sanitarias, información sobre los acontecimientos adversos de los que nos ha informado y para hacer un seguimiento del caso. Asimismo, le informamos que sus datos podrán ser comunicados a empresas del Grupo Novartis sitas en la Unión Europea, con la consecuente transferencia internacional que de ello se deriva. Usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos enviando un escrito a Novartis, Gran Via de les Corts Catalanes, 764, 08013 Barcelona.