

## AVISO DE PRIVACIDAD

Con el objeto de dar cumplimiento a lo que establece la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares** (en lo sucesivo la Ley), hacemos de su conocimiento que **MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.**, antes **FARMA AMIGO DEL CENTRO, S.A. DE C.V.**, conocida con el nombre comercial de **MEDICINE DEPOT**, con domicilio en **Calle 28, número 117, Colonia Guadalupe Proletaria, Delegación Gustavo A. Madero, México, Distrito Federal, Código Postal 07670**, es responsable de recabar sus Datos Personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Los Datos Personales que recabamos de Usted, serán utilizados para las siguientes finalidades:

### Finalidades Primarias:

PROVEEDORES y CLIENTES	EMPLEADOS
(i) fines de identificación, (ii) contacto, (iii) proveer los bienes y servicios que ofrecemos, así como, los de nuestros distintos proveedores, (iv) realizar envío de pedidos y diversa documentación respecto de los productos y servicios que ofrecemos, (v) emitir facturas, (vi) órdenes de remisión, (vii) notas de crédito, de remisión, facturas y los documentos relativos que amparen la operación comercial que nos une, (viii) para dar cumplimiento a las obligaciones que se señalan en la normatividad vigente aplicable al sector farmacéutico y demás relativas y aplicables a este.	(i) reclutamiento y selección de personal, (ii) solicitar sus referencias laborales y personales, así como, proporcionarlas en caso de que otra persona o empresa las solicite, (iii) llevar a cabo los procesos de contratación laboral, (iv) para dar cumplimiento a todas las obligaciones legales y contractuales que tenemos para con Usted derivadas de la relación contractual contraída, (v) integración de su expediente laboral, (vi) elaboración de estudios socioeconómicos a través de terceros

### Finalidades Secundarias:

PROVEEDORES y CLIENTES	EMPLEADOS
(ix) notificarle ofertas y promociones, (x) evaluar la calidad del servicio, (xi) realizar evaluaciones periódicas de nuestros productos y servicios y (xii) notificarle sobre nuevos productos y servicios, así como, informarle sobre los cambios de éstos y (xiii) fines de publicidad y mercadotecnia.	(vii) proporcionar su curriculum a nuestros clientes y empresas del mismo ramo que tengan ofertas de trabajo acordes a su perfil y (viii) envío de ofertas laborales por parte de <b>MEDICINE DEPOT MEXICO, S.A. DE C.V.</b> o por terceras personas.

En caso de que Usted no desee que sus Datos Personales se utilicen para las Finalidades Secundarias, indíquelo a continuación colocando una "X" en el siguiente recuadro, o bien, puede solicitarlo vía electrónica a la siguiente dirección [recursos.humanos@medicinedepot.com.mx](mailto:recursos.humanos@medicinedepot.com.mx):

No consiento que mis Datos Personales se utilicen para las finalidades antes señaladas.

La negativa para el uso de sus Datos Personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que proveemos.

Para poder llevar a cabo las finalidades antes descritas, requerimos obtener de Usted los siguientes Datos Personales:

EMPLEADOS	PROVEEDORES y CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos de identificación</b>, tales como Nombre, Fecha de nacimiento, Edad, Nacionalidad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Número de Seguridad Social, Clave Única de Registro de Población, Registro Federal de Contribuyentes, Cartilla Militar y Licencia de Conducir.</li> <li>• <b>Datos de contacto</b>, tales como Domicilio, Teléfono de Casa, Oficina, Celular y de Recados, así como, Dirección de Correo Electrónico.</li> <li>• <b>Datos Laborales</b>, tales como Experiencia Profesional, Referencias Laborales, Giro de las empresas para las cuales ha laborado o prestado sus servicios, si ha tenido o participado en negocios independientes y cuantos han sido éstos, así como, si ha tenido gente a su cargo y el número de éstas.</li> <li>• <b>Datos Patrimoniales</b>, tales como Ingresos y Egresos Mensuales.</li> <li>• <b>Datos Académicos</b>, tales como escolaridad, trayectoria educativa, título, número de cédula, cursos y diplomados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos de identificación</b>, tales como Nombre, Fecha de nacimiento, Edad, Nacionalidad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Número de Seguridad Social, Clave Única de Registro de Población, Registro Federal de Contribuyentes, Cartilla Militar y Licencia de Conducir.</li> <li>• <b>Datos de contacto</b>, tales como Domicilio, Teléfono de Casa, Oficina, Celular y de Recados, así como, Dirección de Correo Electrónico.</li> </ul>

Adicionalmente a los Datos Personales antes enunciados, para las finalidades que se informan en el presente Aviso de Privacidad, se recabarán los siguientes Datos Personales considerados como Sensibles:

**EMPLEADOS**

- **Datos de salud**, tales como Antecedentes Heredo Familiares (Enfermedades que sus Padres, Hermanos o demás familiares cercanos a Usted padezcan), Enfermedades que Usted ha padecido, Alergias y Medicamentos que toma, así como, hábitos que afecten su salud (Tabaquismo, Alcoholismo y Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes).
- **Datos sobre afiliación sindical**, tales como si Usted pertenece a un Sindicato y la información que de ello derive.

A nuestros **PROVEEDORES y CLIENTES**, hacemos de su conocimiento que los Datos Personales que Usted proporcione no serán compartidos.

A nuestros **EMPLEADOS**, hacemos de su conocimiento que los Datos Personales que Usted proporcione serán compartidos con: **1)** con la persona física o moral que contrate **MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.** para llevar a cabo la elaboración del estudio socioeconómico que requiere ser integrado a su expediente laboral, **2)** con la Institución Crediticia con la cual **MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.**, tenga contratado el servicio de pago de nómina y **3)** con los Terceros ajenos a **MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.**, que requieran de Usted referencias laborales. Asimismo, se compartirán sus datos consistentes en nombre, puesto desempeñado, salario percibido, período que laboró para **MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.** y, en su caso, motivo de baja, ello con las sociedades BRUDIFARMA, S.A. DE C.V., FARMACIAS GI, S.A. DE C.V., PLUBEK, S.A. DE C.V. y SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICOS GENERALES DE LA ZONA METROPOLITANA, S.C., lo anterior a efecto de mantener actualizada la base de datos que existe o existirá entre estas sociedades para verificar la viabilidad de contratación del personal que se contenga en dicha base. En virtud de lo anterior, para compartir total o parcialmente los Datos Personales que le han sido recabados conforme a los términos y condiciones que aquí se expresan, requerimos a continuación de su consentimiento expreso:

Otorgo mi consentimiento para que mis Datos Personales sean compartidos y tratados en los términos que se establecen en este Aviso de Privacidad. (Para el caso de que Usted tenga acceso al presente Aviso de Privacidad vía electrónica, al aceptarlo, estará otorgando el consentimiento que se solicita para la transferencia de sus Datos Personales).

**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR**

**PROVEEDORES, CLIENTES y EMPLEADOS** de **MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.**, es importante informarle que Usted tiene Derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus Datos Personales o a Revocar el consentimiento que nos haya otorgado.

Para ello, es necesario que envíe la solicitud que se adjunta al presente Aviso de Privacidad, dirigido a la Licenciada **María del Pilar Solís Rodríguez**, responsable de nuestro Departamento de Privacidad de Datos, ubicado en **Calle 28, número 117, Colonia Guadalupe Proletaria, Delegación Gustavo A. Madero, México, Distrito Federal, Código Postal 07670**, o bien, lo realice vía correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico [recursos.humanos@medicinedepot.com.mx](mailto:recursos.humanos@medicinedepot.com.mx), el cual solicitamos confirme vía telefónica para garantizar su correcta recepción al teléfono 53 92 29 97.

Con el objeto de que Usted no desee que sus Datos Personales sean tratados para fines mercadotécnicos, publicitarios o de prospección comercial por nuestra parte, deberá mandar un correo electrónico a la siguiente dirección [recursos.humanos@medicinedepot.com.mx](mailto:recursos.humanos@medicinedepot.com.mx), o bien, deberá llamar al número telefónico 53 92 29 97.

**MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.**, se reserva el derecho de modificar, adicionar o actualizar en cualquier momento el presente Aviso de Privacidad para cumplir con los ordenamientos legales aplicables, a petición de las Autoridades competentes y/o por así convenir a nuestras necesidades.

Cualquier modificación, adición o actualización al contenido del presente Aviso de Privacidad le será informado por **MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.** mediante (i) anuncios, trípticos o folletos visibles o disponibles en nuestro domicilio, o (ii) se los haremos llegar al último correo electrónico que nos haya proporcionado, en caso de no haber proporcionado alguno, se le comunicará por correo certificado al último domicilio que tengamos registrado de Usted.

Si Usted considera que su derecho a la protección de sus Datos Personales ha sido lesionado por alguna conducta u omisión de nuestra parte, o presume alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, su Reglamento y demás ordenamientos aplicables, podrá interponer su inconformidad o denuncia ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI). Para mayor información, le sugerimos visitar su página oficial de Internet [www.ifai.org.mx](http://www.ifai.org.mx).

Fecha de la última actualización del presente Aviso de Privacidad: 1 de septiembre de 2016.

Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

<b>I. Datos del Solicitante o de su Representante</b>		
Solicitante (Titular):	_____	_____
	<i>(Nombres)</i>	<i>(Apellido Paterno)</i>
		<i>(Apellido Materno)</i>
Representante (en su caso):	_____	_____
	<i>(Nombres)</i>	<i>(Apellido Paterno)</i>
		<i>(Apellido Materno)</i>
Deberá anexarse a la solicitud, los documentos que acrediten la identidad del titular y, en su caso, la del representante legal. Para el caso de representar a una persona física, deberá adjuntar además de su identificación, el original de la carta poder que corresponda debidamente firmada ante dos testigos, la cual deberá contener copia simple fotostática de éstos y para el caso de personas morales, se deberá adjuntar la copia simple del Poder Notarial en el cual se hagan constar las facultades de representación.		

<b>II. Tipo de Solicitud. Seleccione el tipo de solicitud a realizar:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Acceso</b> (Acceder a sus datos personales que obren en poder de Medicine Depot México, S.A. de C.V.).
<input type="checkbox"/> <b>Rectificación</b> (Rectificar los datos cuando sean inexactos o incompletos).
<input type="checkbox"/> <b>Cancelación</b> (Supresión de datos, previo periodo de bloqueo de los mismos).
<input type="checkbox"/> <b>Oposición</b> (Oponerse al trato -uso, transferencia- de los datos personales).
<b>Descripción de la información Solicitada:</b>
<i>Para brindar un mejor servicio, se sugiere proporcionar todos los datos que considere para facilitar la búsqueda de los datos. En caso de la rectificación, deberá proporcionarse documentación probatoria que sustente su petición. (Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud).</i>
_____
_____
_____
_____

<b>III. Notificación de respuesta. Seleccione el medio a través del cual se le proporcionará respuesta a su requerimiento:</b>
<input type="checkbox"/> Enviar al domicilio del solicitante. Domicilio: _____
<input type="checkbox"/> Vía correo electrónico: Especifique su correo electrónico: _____

<b>IV. A fin de facilitar la localización de la información, favor de especificar el tipo de relación que ha tenido con Medicine Depot México, S.A. de C.V.:</b>
<input type="checkbox"/> Cliente. Empresa: _____
<input type="checkbox"/> Proveedor. Empresa: _____
<input type="checkbox"/> Empleado. _____
<input type="checkbox"/> Solicitante a empleado. _____
<input type="checkbox"/> Ex empleado. _____
<input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____

Conforme a lo estipulado por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), recibirá respuesta a su solicitud dentro de un plazo máximo de 20 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular o Representante Legal**

**Consideraciones:**

- \* Se deberá entregar el formulario debidamente requisitado, llenado a mano con letra legible, a máquina o por computadora, presentando original para cotejo y anexando una fotocopia de la identificación oficial descrita anteriormente.
- \* Si el dueño de los datos personales, ejerce su derecho a través de un representante legal, este deberá presentar originales para cotejo y aportar además una fotocopia de la identificación oficial del Representante Legal.
- \* Con la entrega y/o envío del presente formulario, Usted otorga su consentimiento y se da por informado de que los datos que voluntariamente facilite a través del mismo serán incorporados en el archivo "Solicitudes de Ejercicios ARCO", cuyo responsable es MEDICINE DEPOT MEXICO, S.A. DE C.V. La recolección y tratamiento de los datos aquí recabados, tendrá como finalidad la gestión de la solicitud formulada en el presente formato y solo podrán ser transmitidos en los términos establecidos en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, en lo subsecuente, la LEY.
- \* Con relación a los datos personales indicados se puede ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición ante el Titular de la Función de Datos Personales de Datos de MEDICINE DEPOT MEXICO, S.A. DE C.V.; lo anterior con fundamento en lo dispuesto en la LEY.
- \* Este trámite es gratuito, debiendo cubrir el titular los gastos de envío. En caso de que la misma persona reitere su solicitud en un periodo menor a 12 (doce) meses, MEDICINE DEPOT MEXICO, S.A. DE C.V., podrá solicitar que se cubran los costos de operación y/o reproducción de la información de conformidad a lo establecido en el artículo 35 de la LEY.

**SOLICITUD PARA REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO  
PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE PERSONAS FÍSICAS**



Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

<b>I. Datos del Solicitante o de su Representante</b>		
Solicitante (Titular): _____		
(Nombres)	(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)
Representante (en caso): _____		
(Nombres)	(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)
Deberá anexarse a la solicitud, los documentos que acrediten la identidad del titular y, en su caso, la del representante legal. Para el caso de representar a una persona física, deberá adjuntar además de su identificación, el original de la carta poder que corresponda debidamente firmada ante dos testigos, la cual deberá contener copia simple fotostática de éstos, así como, del Titular y de su Representante y para el caso de personas morales, se deberá adjuntar la copia simple del Poder Notarial en el cual se hagan constar las facultades de representación.		

<b>II. Especificar las razones por las cuales solicita la revocación del consentimiento: (Opcional)</b>

<b>III. Notificación de respuesta. Seleccione el medio a través del cual se le proporcionará respuesta a su requerimiento:</b>
<input type="checkbox"/> Enviar al domicilio del solicitante. Domicilio: _____
<input type="checkbox"/> Vía correo electrónico: Especifique su correo electrónico: _____

<b>IV. A fin de facilitar la localización de la información, favor de especificar el tipo de relación que ha tenido con MEDICINE DEPOT MÉXICO, S.A. DE C.V.:</b>
<input type="checkbox"/> Cliente. Empresa: _____
<input type="checkbox"/> Proveedor. Empresa: _____
<input type="checkbox"/> Empleado. _____
<input type="checkbox"/> Solicitante a empleado. _____
<input type="checkbox"/> Ex empleado. _____
<input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____

Conforme a lo estipulado por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), recibirá respuesta a su solicitud dentro de un plazo máximo de 20 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular o Representante Legal**

Consideraciones:

- \* Se deberá entregar el formulario debidamente requisitado, llenado a mano o a máquina, presentando original para cotejo y anexando una fotocopia de la identificación oficial descrita anteriormente.
- \* Si el Titular de los Datos Personales, ejerce su derecho a través de representación legal, deberá adjuntar además de su identificación, el original de la carta poder que corresponda debidamente firmada ante dos testigos, la cual deberá contener copia simple fotostática de éstos, así como, del Titular y de su Representante y para el caso de personas morales, se deberá adjuntar la copia simple del Poder Notarial en el cual se hagan constar las facultades de representación.
- \* Con la entrega y/o envío del presente formulario, Usted otorga su consentimiento y se da por informado de que los datos que voluntariamente facilite a través del mismo serán incorporados en el archivo "Solicitudes de Revocación de Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales de Personas Físicas", cuyo responsable es MEDICINE DEPOT MEXICO, S.A. DE C.V. La recolección y tratamiento de los datos aquí recabados, tendrá como finalidad la gestión de la solicitud formulada en el presente formato y solo podrán ser transmitidos en los términos establecidos en la LFPDPPP.
- \* Este trámite es gratuito, debiendo cubrir el titular los gastos de envío.