

Núm. CASS	Cognoms i nom	Núm. full de prestacions	Import net
Total facturat			

Relació de factures que han de lliurar els prestadors de salut perquè la CASS faci el reembossament de les prestacions

2. **Accepto**

Que dono el meu consentiment exprés a la CASS per fer peticions i trametre informació de dades personals a tercers, i especialment, per al rescabament de prestacions en supòsit d'accidents i incidents amb tercer responsable en el marc de la normativa de la seguretat social

3. **Protecció de dades**

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliteu mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.

