

Con Respecto al Acuerdo de la Filtración de Datos de Southern Ohio Health Systems

Forma de Solicitud de Exclusión

Para ser excluido del Acuerdo, llene por completo esta Forma de Solicitud de Exclusión y envíela al Administrador del acuerdo en la dirección que se indica a continuación, con el sello postal a no más tardar el 7 de noviembre del 2022:

Southern Ohio Health Systems Data Breach Settlement
c/o CPT Group, Inc.
50 Corporate Park
Irvine, CA 92606
Correo Electrónico: SOHSDataBreachSettlement@cptgroup.com

Al firmar y devolver este formulario, confirmo que **no deseo** estar incluido en el Acuerdo de la demanda titulada *In Re Southern Ohio Health Systems Data Breach Class Action Settlement*, Caso No. 2101886. Entiendo que, al optar por no participar en el Acuerdo, renuncio a mi derecho a recibir cualquier pago según el Acuerdo.

Primero: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Firma: _____

Fecha: _____