

FORMULAIRE D'EXERCICE DES DROITS RELATIFS A UN TRAITEMENT DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

COMMENT EXERCER MES DROITS ?

En application du Règlement général sur la protection des données à caractère personnel du 27 avril 2016 (RGPD), ainsi que de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits sur les données à caractère personnel vous concernant et sur les traitements de celles-ci.

Pour ce faire, nous vous remercions de compléter le présent formulaire et de le retourner au Délégué à la protection des données (DPO) de l'URPS Médecins Libéraux de la Nouvelle Aquitaine :

- par courriel à : dpo@urpsml-na.org

ou

- par courrier postal adressé à : URPS Médecins Libéraux de la Nouvelle Aquitaine
Délégué à la protection des données
105, rue Belleville
CS71241 - 33074 BORDEAUX Cedex

Les informations recueillies dans ce formulaire ne seront utilisées que pour répondre à votre demande d'exercice des droits, sur le fondement des obligations légales et réglementaires auxquelles l'URPSML NA est tenue. Les données recueillies sont conservées le temps nécessaire au traitement de la demande et sont destinées exclusivement au DPO.

Les documents transmis sont conservés à l'URPS ML NA pendant 5 ans après traitement de la demande.

MES COORDONNEES

Nom du demandeur* : _____
Prénom du demandeur* : _____
Profil du demandeur* : <input type="checkbox"/> Membre élu <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Médecin libéral <input type="checkbox"/> Autre professionnel de santé <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Autres
Adresse courrier électronique* : _____
Code Postal* : _____ Ville* : _____
Numéro de téléphone de contact : _____

DROITS QUE JE SOUHAITE EXERCER

Merci de cocher la case qui correspond à votre demande

Droit d'accès à mes données à caractère personnel (Vous souhaitez accéder à vos données personnelles détenues par l'URPSML)

Commentaires :

Droit de rectification de vos données à caractère personnel (Vous souhaitez modifier, compléter ou mettre à jour certaines données personnelles vous concernant)

Anciennes données	Nouvelles données

Droit à l'effacement des données à caractère personnel autres que données de santé

Vous souhaitez faire effacer les données personnelles vous concernant car vous considérez qu'elles ne sont plus nécessaires au regard de la finalité du traitement pour lequel elles ont été collectées, ou qu'elles ont été traitées de manière illicite.

Commentaires :

Droit à la limitation du traitement de mes données à caractère personnel (Indiquez les données et traitements concernés ainsi que le motif de votre demande) :

Droit à la portabilité de vos données à caractère personnel (Vous souhaitez que vos données à caractère personnel vous soient transmises à un autre Responsable du traitement.)

Veillez indiquer les données concernées par la demande

Droit d'opposition au traitement de mes données à caractère personnel (Vous souhaitez vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel)

Veillez indiquer les raisons de votre opposition

MES PIECES JUSTIFICATIVES

En fonction de l'objet de la requête, des pièces justificatives pourront vous être demandées (ex. pièce d'identité)

LA REPONSE A MA DEMANDE

Vous souhaitez recevoir la réponse à votre demande :

Par courriel à l'adresse de messagerie indiquée dans ce formulaire (par défaut si aucune case n'est cochée)

Par courrier à l'adresse postale indiquée dans le formulaire

Fait à _____

le _____

Signature du demandeur :