



## 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) :

- par email à : [dpo@ocean-imagerie.fr](mailto:dpo@ocean-imagerie.fr)

ou,

- par courrier postal adressé à : Centre Médical Haïzea  
A l'attention du délégué à la protection des données (DPO)  
4 rue du 21 juin 1940  
64100 Bayonne

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 le Centre d'Imagerie Médicale (CIM) est tenu. Les données recueillies sont conservées le temps nécessaire au traitement de la demande et sont destinées exclusivement au DPO.

### MES COORDONNEES

Nom du demandeur* : _____
Prénom du demandeur* : _____
Profil du demandeur* : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Associés <input type="checkbox"/> Prescripteurs
Adresse courrier électronique* : _____
Code Postal* : _____ Ville* : _____
Numéro de téléphone de contact : _____

(\*): mention obligatoire dans le cadre du traitement de votre demande.



## DROIT 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 le CIM)*

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 PIÈCES JUSTIFICATIVES

Merci de joindre à votre demande :

- La copie d'une pièce d'identité (OBLIGATOIRE)**  
(Dans le cas de la carte nationale d'identité, une photocopie recto-verso doit être fournie)
- D'autres pièces justificatives (facultatives)**  
(Vous avez la possibilité de joindre également toute pièce justificative permettant d'appuyer votre demande)

## LA RÉPONSE À 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 :