

## 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) du groupe ENOSIS :

- par courriel à : [dpo@imagerie-enosis.fr](mailto:dpo@imagerie-enosis.fr)

ou

- par courrier postal adressé à : Groupe ENOSIS  
Délégué à la protection des données  
6 rue Negrevergne  
33 700 Mérignac

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 groupe ENOSIS est tenu. Les données recueillies sont conservées le temps nécessaire au traitement de la demande et sont destinées exclusivement au DPO.

Les documents transmis sont conservés au siège du groupe Enosis pendant 10 ans après traitement de la demande.

### MES COORDONNEES

|  |
|--|
| Nom du demandeur* : _____  |
| Prénom du demandeur* : _____   |
| Profil du demandeur* : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Radiologues <input type="checkbox"/> Salarié<br><input type="checkbox"/> Autre professionnel de santé ( précisez ) _____<br><input type="checkbox"/> Autre ( précisez ) _____ |
| 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 le groupe ENOSIS)

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                        |
|--|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

**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 :