Informations et recueil

DE CONSENTEMENT SUR LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge dans notre établissement, nous serons amenés à traiter des informations médicales et administratives à caractère personnel vous concernant. L'accès à vos données personnelles est strictement limité à votre prise en charge dans notre établissement et concerne notamment vos documents administratifs, vos documents médicaux et paramédicaux, ainsi que la collecte d'informations dans le cadre du recueil de votre avis et de votre satisfaction.

Sauf opposition de votre part, ces informations personnelles vous concernant seront conservées et enregistrées dans un fichier informatisé et/ou papier sécurisé, dans le strict respect des textes applicables en la matière conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018). Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire (garantir la sécurité de votre prise en charge, vous contacter en cas de besoin, améliorer la qualité de nos services et de nos prestations, réaliser des études statistiques, ...).

Sauf obligation légale ou réglementaire, vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder :

- 20 ans, en ce qui concerne les informations de votre dossier médical, à partir du dernier passage dans l'établissement, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-7 du Code de la santé publique,
- 10 ans à partir de la date de décès, en ce qui concerne les informations relatives au dossier médical en cas de décès du patient intervenant moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement,
- 30 ans, concernant les actes transfusionnels pratiqués et éventuellement la copie de la fiche d'incident transfusionnel, le délai commençant à courir à partir de la date de réalisation de l'acte.

Un recueil d'information peut également être réalisé dans le cadre de l'analyse des pratiques ou des activités de soins ou de prévention réalisées par l'établissement, avec une durée proportionnelle à la finalité déclarée, conservée le temps de l'étude et supprimée dès que l'étude est terminée, conformément à l'alinéa 5° de l'article 4 de la loi n°78-17, chapitre X de la loi Informatique et Libertés modifiée.

Pendant cette période, nous mettons en place tous les moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, leur effacement ou leur accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à un usage interne et, le cas échéant, à nos sous-traitants. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ou donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, ...).

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez exercer vos droits en contactant notre Délégué à la Protection des Données (DPO)* :

- par voie électronique : dpo@groupeclinipole.fr
- par courrier postal à l'adresse suivante :
  Le Délégué à la Protection des Données
  Groupe Clinipole
  55 rue Euclide
  34000 MONTPELLIER

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou vous rendre sur le site de la CNIL (www.cnil.fr).

**En cas de doute sur votre identité, il peut vous être demandé de produire un justificatif d'identité valide.*

PRÉNOM :
NOM :
FAIT À :
LE :

SIGNATURE :