



<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	DEMANDE D'AVIS
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	DECLARATION ORDINAIRE
<input type="checkbox"/>	<b>S</b>	DECLARATION SIMPLIFIEE
<input type="checkbox"/>	<b>M</b>	DECLARATION DE MODIFICATION
<input type="checkbox"/>	<b>X</b>	DECLARATION DE SUPPRESSION

<b>Cadre réservé à la CNIL</b>
N° d'enregistrement

**Déclaration d'un traitement automatisé  
d'informations nominatives**

<b>1</b>	Le traitement relève-t-il à votre avis de l'article 15 de la loi du 6.1.78 ?	OUI	<input type="checkbox"/>	1
		NON	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<b>2</b>	N° SIREN	Code APE		
<b>3</b>	N° d'enregistrement du traitement A rappeler par l'utilisateur en cas de modification ou suppression			
<b>4</b>	<b>ORGANISME DECLARANT (Art. 19)</b>			
	Nom ou raison sociale			
	Nom usuel ou sigle			
	Adresse complète			
		Téléphone ( )		
<b>5</b>	<b>SERVICE CHARGE DE LA MISE EN ŒUVRE DU TRAITEMENT*</b>			
	Nom	Le réseau santé social		
	Adresse complète	212, avenue Paul Doumer 92500 Rueil-Malmaison		
		Téléphone ( )		
<b>6</b>	<b>DENOMINATION DU TRAITEMENT – APPLICATION</b>	<b>POPULATION CONCERNEE</b>		
	(s'il y a lieu)	(nombre approximatif)		
<b>7</b>	<b>FINALITE PRINCIPALE DU TRAITEMENT*</b> Gestion des rendez-vous des patients et de l'agenda du professionnel de santé			
	Année de mise en oeuvre			
<b>8</b>	<b>SERVICE AUPRES DUQUEL S'EXERCE LE DROIT D'ACCES*</b>			
	Nom			
	Adresse complète			
		Téléphone ( )		
	Eventuellement nom générique des établissements décentralisés			
<b>9</b>	N° de la norme simplifiée de référence (Art. 17)	N° de la déclaration du modèle type de référence		
<b>10</b>	Le traitement donne-t-il lieu à des transferts d'informations hors de l'Union Européenne ?**	OUI	<input type="checkbox"/>	1
		NON	<input checked="" type="checkbox"/>	2
<b>11</b>	<b>En cas de déclaration simplifiée ou de déclaration de suppression</b>			
	Nom du signataire		Date	
	Fonction l'habitant à signer			
	Le signataire atteste que le traitement est conforme à la norme simplifiée ou au modèle type auquel il est fait référence, ou que le traitement est supprimé. <b>Signature</b>			
	<b>1</b>			

\* En cas de déclaration ordinaire ou de demande d'avis ces rubriques sont complétées par des annexes.

\*\* Si la réponse est oui, cette rubrique est complétée par une annexe.

