Demande de renseignements sur la protection des données selon la nouvelle Loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 01.09.2023

Bonjour et merci de vous être adressé(e) à MEDISYN SA (ci-après désignée par «nous»).

Afin de pouvoir traiter votre demande, nous avons besoin de quelques informations supplémentaires de votre part. Tout d’abord, nous devons confirmer votre relation avec nous ainsi que votre identité afin qu’aucune donnée personnelle ne soit divulguée à la mauvaise personne.

Veuillez noter: Si vous souhaitez demander une rectification de vos données, veuillez si possible utiliser les formulaires prévus à cet effet pour les modifications/mises à jour normales telles qu’un changement de nom après un mariage ou un changement d’adresse après un déménagement.

Si vous avez des questions concernant l’envoi d’une demande, veuillez vous adresser au Bureau compétent en matière de protection des données personnelles à l’adresse suivante:

* Courriel: datenschutz@medisyn.ch
* Téléphone: +41 (0)800 393 393

Une fois le formulaire rempli, veuillez l’envoyer par courrier postal ou par courriel au Bureau compétent en matière de protection des données personnelles. N’oubliez pas d’y joindre les documents permettant de prouver votre identité.

Adresse du destinataire des demandes:

* Courriel: datenschutz@medisyn.ch
* Adresse postale: MEDISYN SA, Sternmatt 6, CH-6010 Kriens

**1.** **IDENTITÉ ET POUVOIR**

Veuillez indiquer vos coordonnées actuelles.

**Prénom**

|  |
| --- |
| \* Veuillez saisir votre prénom ici. |

**Nom de famille**

|  |
| --- |
| \* Veuillez saisir votre nom de famille ici. |

**Adresse**

|  |
| --- |
| \* Veuillez indiquer ici votre adresse complète. Rue Code postal Localité Pays |

**Données de contact**

|  |
| --- |
| \* Veuillez indiquer ici votre adresse électronique, votre numéro de téléphone ou tout autre moyen par lequel nous pouvons vous contacter en lien avec votre demande. |

**Confirmation de votre identité et de votre pouvoir de déposer la demande**

|  |
| --- |
| \* Veuillez nous fournir une preuve d’identité permettant de confirmer votre identité, par exemple une copie de votre pièce d’identité, de votre permis de conduire ou de votre passeport.Si vous agissez pour le compte d’une tierce personne, insérez les informations ci-dessus et envoyez-nous les copies de votre pièce d’identité et de celle de ladite personne, ainsi qu’une procuration de la personne au nom de laquelle vous formulez des demandes. |

**Signature**

|  |
| --- |
| \* Signer ici |

**Relation avec MEDISYN SA**

|  |
| --- |
| \* Indiquez votre statut:□ client(e) de MEDISYN SA; □ personne privée employée par MEDISYN SA;□ abonné(e) à une newsletter via courriel de MEDISYN SA |

**2. QUEL DROIT SOUHAITEZ-VOUS EXERCER?**

Veuillez lire la description des différents formulaires et sélectionner le formulaire qui décrit le mieux votre demande. Vous pouvez soit remplir le formulaire électroniquement et nous l’envoyer par courriel, soit l’imprimer et l’envoyer par courrier postal.

L’une des options suivantes décrit-elle la nature de votre demande?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **□ Révocation du consentement** | Vous avez consenti au traitement de vos données personnelles par nos soins et souhaitez révoquer ce consentement.  | Voir Section 3.1 |
| **□ Droit d’accès** | Vous souhaitez une confirmation que nous traitons vos données personnelles, des informations sur le traitement, l’accès à vos données personnelles ou une copie de vos données personnelles  | Voir Section 3.2 |
| **□ Droit de rectification** | Vos données personnelles sont erronées et doivent être corrigées. Cela inclut les informations supplémentaires.  | Voir Section 3.3 |
| **□ Droit d’effacement** | Vous souhaitez faire effacer vos données personnelles, pour autant que certaines conditions soient remplies | Voir Section 3.4 |
| **□ Droit à la limitation du traitement** | Vous souhaitez que nous cessions de traiter vos données personnelles sans que nous les effacions.  | Voir Section 3.5 |
| **□ Droit à la transmission des données** | Vous souhaitez obtenir une copie de vos données personnelles ou transmettre vos données personnelles à une autre entreprise  | Voir Section 3.6 |
| **□ Droit d’opposition au traitement** | Vous avez des raisons de penser que nous ne traitons pas vos données personnelles conformément aux standards élevés que nous nous sommes fixés, ou si vous souhaitez vous opposer au traitement.  | Voir Section 3.7 |
| **□ Droit à une intervention humaine** | Vous pensez qu’une décision importante vous concernant a été prise sans intervention humaine, vous pouvez demander une vérification manuelle.  | Voir Section 3.8 |

Si aucun de ces droits établis par la législation en vigueur en matière de protection des données ne s’applique à votre demande, veuillez décrire votre demande ici. Essayez si possible de ne pas nous communiquer d’autres informations personnelles dans la description.

|  |
| --- |
|  |

Si vous souhaitez poursuivre le dialogue avec nous sous une autre forme que par écrit, veuillez le préciser ici et nous en indiquer la raison.

|  |
| --- |
|  |