

Formulaire de demande d'information complémentaire à destination du Service Médical et de l'Action sociale pour appareil auditif

FORMULAIRE STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Identification de l'audioprothésiste

Date de la facture

Adhérent

Nom

Prénom

NNI

Adresse

Catégorie et type d'appareil

Oreille gauche

1^{er} appareil

ou

Renouvellement d'appareil

Oreille droite

1^{er} appareil

ou

Renouvellement d'appareil

Situation clinique de l'adhérent

Evaluation après appareillage

Date et signature de l'adhérent

Date et signature de l'audioprothésiste

Vos données personnelles sont destinées exclusivement à la Mutuelle Saint-Martin ainsi qu'à ses prestataires participant à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. A ce titre, les données collectées sont obligatoires pour nous permettre de vous fournir le service. Conformément aux dispositions de la loi informatique et liberté modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la portabilité de vos données à caractère personnel, ainsi que du droit d'organiser des directives sur le sort de vos données personnelles après votre décès. Pour l'exercice de ces droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin, 3 rue Duguay-Trouin, 75280 Paris cedex 06 - dpo@mutuellesaintmartin.fr.

MUTUELLE SAINT-MARTIN ACTION SOCIALE

Régie par le code de la Mutualité • SIREN n°537 676 280

3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris Cedex 06 • Tél : 01 42 22 89 24

www.mutuellesaintmartin.fr

Document non contractuel