



Formulaire d'opposition à la réutilisation des données pour la recherche

Etape 1 : Compléter ce formulaire :

Cas 1 : Je m'oppose pour moi-même

Je soussigné(é), M ☐ ou Mme ☐ Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Lieu de naissance : A Date : / / Signature :	
--	--

Cas 2 : En tant que représentant, je m'oppose pour un proche

Je soussigné(é), M ☐ ou Mme ☐ Nom usuel : Prénom: Identité de la personne pour laquelle de signe : Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Lieu de naissance : A Date : / / Signature :	
--	--

Etape 2: Renvoyer ce formulaire complété :

N.B. Merci de joindre **une copie d'une pièce d'identité**.

Par mail : dpo@clinique-a-pare.fr

Par courrier postal :

DPO – Service Juridique
CMC Ambroise Paré
27 boulevard Victor Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine