**Expéditeur·trice**

Prénom/Nom : ..........................................................................

Adresse : ..........................................................................

NPA /localité : ..........................................................................

 **Recommandé**

Caisse des Médecins Société coopérative

Direction · Protection des données

In der Luberzen 1

8902 Urdorf

Lieu et date : .....................................................………...........................

**Demande d’information au sujet de la loi actuelle sur la protection des données**

Madame, Monsieur,

En application de l’article 25 de la loi fédérale du 25 septembre 2020 sur la protection des données (LPD), je vous prie de bien vouloir me fournir gratuitement par écrit, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de ce courrier, les renseignements suivants me concernant :

1. la nature des données personnelles traitées en tant que telles,
2. la finalité du traitement,
3. la durée de conservation des données personnelles ou, si ce n’est pas possible, les critères pour la détermination de cette durée,
4. les informations disponibles sur la provenance des données personnelles si elles n’ont pas été recueillies auprès de la personne concernée,
5. les éventuels destinataires ou catégories de destinataires, auxquels les données sont communiquées,
6. en cas de transmission des données personnelles à l’étranger, état ou organe international et garanties selon l’article 16, alinéa 2, ou application d’une exception selon l’article 17 de la LPD,

Merci de bien vouloir me confirmer que les informations sont complètes et correctes.

Si vous n’êtes pas en mesure de me communiquer ces renseignements, je vous prie de motiver votre décision dans ce même délai selon l’article 26, alinéa 4 de la LPD.

Si vous mandatez un tiers pour le traitement des données personnelles, vous avez toujours l’obligation de fournir les renseignements demandés.

Je vous remercie par avance de votre obligeance.

Bien cordialement,

 Signature : ..........................................................................

**Pièce jointe :**

Copie de la carte d’identité/du passeport avec signature originale