



DORDOGNE SANITAIRE
CHAUFFAGE LAMBLIN

FORMULAIRE D'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES CONCERNÉES

Demandeur

Nom du demandeur :

Date de la demande : ____ / ____ / _____

Coordonnées pour vous joindre (En cas de non compréhension de votre demande uniquement) :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Téléphone : _____

Mail :@.....

J'ai joint une copie de ma pièce d'identité à ma demande
(Sans copie de votre pièce d'identité, votre demande ne pourra aboutir).

A l'issue de la mise en oeuvre de votre demande par notre entreprise, la copie de votre carte d'identité sera détruite et aucun retour de celle-ci ne pourra être fait.

Par ce formulaire, je demande

L'accès à mes données personnelles

Merci de retourner la liste des données personnelles me concernant par :

Mail :@.....

Courrier à l'adresse :

.....
.....
.....

La rectification de mes données personnelles ci-dessous :

.....
.....

L'opposition du traitement de mes données personnelles (Si vous exercez ce droit, nous ne serons plus en mesure de traiter vos données/dossier d'inscription ...)

La suppression de mes données personnelles

La portabilité de mes données personnelles à l'organisme ci-dessous :

Nom de l'organisme :

Adresse :

CP et Ville :

ET la suppression de mes données personnelles

Votre demande doit être transmise par lettre avec accusé de réception à l'adresse suivante :

DORDOGNE SANITAIRE CHAUFFAGE LAMBLIN
44 COURS SAINT GEORGES
24000 PERIGUEUX

Date :

Signature du demandeur :