

MANDAT DE REPRESENTATION

Le mandataire doit être muni du présent mandat complété et signé, de la carte Vitale du patient et justifier de sa propre identité.

Je, soussigné(e),

né(e) le à

autorise M./ Mme

né(e) le à

à effectuer pour mon compte, auprès de tout pharmacien d'officine, pour une durée de
.....¹, **la (les) démarche(s) suivante(s) limitativement énumérée(s)²:**

- création d'un Dossier pharmaceutique à mon nom ;
- refus de consultation du Dossier pharmaceutique me concernant ;
- refus d'alimentation du Dossier pharmaceutique me concernant ;
- clôture du Dossier pharmaceutique me concernant ;
- demande d'accès aux informations relatives aux dispensations de moins de 4 mois contenues dans mon Dossier Pharmaceutique

Pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à

Le

Signature

¹ Au terme de la durée indiquée, le mandat prend fin : le mandataire ne peut plus agir au nom du patient. Le patient aura toujours la possibilité de donner un nouveau mandat. Si cette mention n'est pas complétée, le mandat ne sera utilisable que pour le jour de sa signature.

² Le mandat est délivré par le patient sous son entière responsabilité.

Les informations personnelles du patient recueillies sur ce mandat sont traitées par cette pharmacie pour les besoins de sa gestion administrative et du suivi du patient. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient bénéficie d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des informations personnelles le concernant, qu'il peut exercer en s'adressant auprès de cette pharmacie.

En revanche, les informations personnelles du patient contenues dans le Dossier pharmaceutique sont sous la responsabilité du CNOP, en sa qualité de responsable de traitement, et traitées par son hébergeur aux fins de gestion du DP. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient bénéficie également d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression de ces données personnelles, qu'il peut exercer en s'adressant auprès du CNOP - Direction des Technologies en Santé – 4 avenue Ruysdaël, TSA 90014, 75379 PARIS CEDEX 08.