

# BULLETIN MEMBRE ASSOCIÉ

## CPTS Brest Santé Océane



Ce bulletin est à retourner accompagné de la lettre de demande et d'un document attestant du statut de la structure que vous représentez (ou de votre statut, pour les professions de la santé non réglementées et les professionnels de la santé retraités).

Pour les structures, merci d'indiquer une personne qui vous représentera auprès de la CPTS.

Organisme/structure de soins\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Nom\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Fonction\* : \_\_\_\_\_

Téléphone portable professionnel\* : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Adresse mail professionnelle\* : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association CPTS BREST SANTÉ OCÉANE.\*

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre demande. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice présente en page 2.*

### Souhaitez-vous participer à un ou plusieurs groupes projets ?

Oui (groupes projets en page 2)  Non

#### À quels groupes projets souhaitez-vous participer ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faciliter l'accès à un médecin traitant                    | <input type="checkbox"/> Prévention des maladies cardiovasculaires                                 |
| <input type="checkbox"/> Améliorer la prise en charge des soins non programmés      | <input type="checkbox"/> Dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive                 |
| <input type="checkbox"/> Coordination avec le point H                               | <input type="checkbox"/> Promotion du dépistage des cancers  |
| <input type="checkbox"/> Parcours cancérologie                                      | <input type="checkbox"/> Prévention des déformations crâniennes positionnelles du nourrisson       |
| <input type="checkbox"/> Parcours de la personne âgée                               | <input type="checkbox"/> Préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle |
| <input type="checkbox"/> Parcours santé mentale                                     | <input type="checkbox"/> Projet d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée          |
| <input type="checkbox"/> Parcours du patient insuffisant rénal chronique            | <input type="checkbox"/> Accompagnement psychologique des professionnels de santé                  |
| <input type="checkbox"/> Parcours pour les patients atteints de lombalgie chronique |  |
| <input type="checkbox"/> Parcours sur les plaies chroniques                         |  |

- **Ce bulletin est à retourner, par mail, accompagné de la lettre de demande et d'un document attestant du statut de la structure que vous représentez (ou de votre statut pour les professions de la santé non réglementées et les professionnels de la santé retraités) : [contact@brestsanteoceane.fr](mailto:contact@brestsanteoceane.fr)**

Date et Signature

\* Informations nécessaires

**Dans le cadre de ses activités, notamment les groupes projets et les événements, la CPTS Brest Santé Océane (association régie par la loi de 1901) peut être amenée à réaliser des prises de vues photographiques, des captations vidéos, ou des enregistrements numériques.**

Je soussigné(e), NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, autorise la CPTS Brest Santé Océane, dont le siège est situé au 215 rue Louison Bobet à Guipavas, à capturer des images me représentant (photographies, vidéos, enregistrements numériques).

Ces images pourront être exploitées et utilisées par l'association sur tout type de support et pour toute diffusion, sans limitation géographique ni de durée. Elles pourront notamment être diffusées via : presse, supports numériques ou papier, projections publiques, site internet, réseaux sociaux, etc.

La CPTS Brest Santé Océane s'engage à respecter ma vie privée et à ne pas utiliser ces images d'une manière susceptible de nuire à ma réputation. En outre, les images ne seront pas exploitées dans un cadre préjudiciable.

Je reconnais avoir été pleinement informé(e) de mes droits et accepte que cette autorisation ne donne lieu à aucune rémunération. Je garantis également que ni moi, ni la personne que je représente (le cas échéant), n'est engagé(e) par un contrat exclusif concernant l'utilisation de mon image ou de mon nom. Je suis informé(e) que je peux à tout moment révoquer cette autorisation par écrit, étant entendu que cette rétractation ne pourra s'appliquer aux supports déjà diffusés.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature

#### **Notice de la demande pour devenir membre associé de la CPTS Brest Santé Océane**

Les données dans le questionnaire doivent obligatoirement être fournies car nécessaires pour répondre à votre demande. Dans le cas contraire, nous ne pourrions procéder à son analyse.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez nous contacter.

#### **Mettre fin à votre statut de membre associé**

Pour mettre fin à notre collaboration, nous vous demandons de nous adresser un courrier pour nous faire part de votre demande.

#### **Finalité du traitement et catégories de personnes destinataires des données à caractère personnel**

La CPTS Brest Santé Océane traite les données recueillies dans le cadre de votre demande pour devenir membre associé, pour vous communiquer les informations de la CPTS et du territoire, de participation aux groupes projets et à la vie associative de la CPTS, ainsi que dans le cadre de votre participation à un exercice coordonné (en lien avec la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, ACI, le 3 décembre 2021 avec l'ARS Bretagne et la CPAM du Finistère). Ces données seront utilisées par les employés de la CPTS afin de remplir les missions de cette dernière. La liste des adhérents de la CPTS BSO et membre associés est accessible à l'ensemble des adhérents sur Plexus santé. Ces données peuvent être transmises à des tiers uniquement dans le respect de l'objet de la CPTS et jamais dans un objectif commercial.

#### **Durée de conservation des données**

Les données sont conservées durant toute la durée de la collaboration.

En cas de changement de représentant de votre structure auprès de la CPTS Brest Santé Océane ou de participant aux groupes projets, merci de nous en informer par mail : [contact@brestsanteoceane.fr](mailto:contact@brestsanteoceane.fr).

#### **Sécurité des données**

Ces données sont conservées sur serveur à accès restreint aux employés de la CPTS BSO.

#### **Vos droits relatifs aux données à caractère personnel que nous recueillons**

Vous pouvez contacter Margaux LAGADEC, chargée de communication et gestion administrative pour ce qui concerne les droits suivants sur vos données à caractère personnel :

- Vous pouvez obtenir une copie de vos données à caractère personnel. Nous traiterons votre demande dans un délai d'un mois.
- Vous pouvez retirer le consentement que vous avez donné pour le traitement de vos données à caractère personnel.
- Vous pouvez demander la suppression de vos données à caractère personnel ou la restriction de leur utilisation.
- Vous pouvez demander la rectification de vos données à caractère personnel.

Lorsque vous faites l'une de ces demandes, nous pouvons avoir besoin d'informations spécifiques de votre part afin de nous aider à confirmer votre identité.

Conformément aux statuts de la CPTS, l'une des demandes citées ci-dessus ne vaut pas pour une résiliation d'adhésion, qui doit faire l'objet d'une demande spécifique, écrite et adressée au président de la CPTS BSO.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

# DES SALARIÉS DE VOTRE STRUCTURES SOUHAITENT VOUS RÉPRÉSENTER AU SEIN DE GROUPES PROJETS ?

Nom\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Fonction\* : \_\_\_\_\_

Organisme/structure de soins\* : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Téléphone portable professionnel\* : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Adresse mail professionnelle\* : \_\_\_\_\_

## Souhaitez-vous participer à un ou plusieurs groupes projets ?

Oui (groupes projets en page 2)  Non

### À quels groupes projets souhaitez-vous participer ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faciliter l'accès à un médecin traitant                    | <input type="checkbox"/> Prévention des maladies cardiovasculaires                                 |
| <input type="checkbox"/> Améliorer la prise en charge des soins non programmés      | <input type="checkbox"/> Dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive                 |
| <input type="checkbox"/> Coordination avec le point H                               | <input type="checkbox"/> Promotion du dépistage des cancers  |
| <input type="checkbox"/> Parcours oncologie   | <input type="checkbox"/> Prévention des déformations crâniennes positionnelles du nourrisson       |
| <input type="checkbox"/> Parcours de la personne âgée                               | <input type="checkbox"/> Préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle |
| <input type="checkbox"/> Parcours santé mentale                                     | <input type="checkbox"/> Projet d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée          |
| <input type="checkbox"/> Parcours du patient insuffisant rénal chronique            | <input type="checkbox"/> Accompagnement psychologique des professionnels de santé                  |
| <input type="checkbox"/> Parcours pour les patients atteints de lombalgie chronique |  |
| <input type="checkbox"/> Parcours sur les plaies chroniques                         |  |

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association CPTS BREST SANTÉ OCÉANE.\*

\* Informations nécessaires

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre demande. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice présente en page suivante.

Date et Signature

**Dans le cadre de ses activités, notamment les groupes projets et les événements, la CPTS Brest Santé Océane (association régie par la loi de 1901) peut être amenée à réaliser des prises de vues photographiques, des captations vidéos, ou des enregistrements numériques.**

Je soussigné(e), NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, autorise la CPTS Brest Santé Océane, dont le siège est situé au 215 rue Louison Bobet à Guipavas, à capturer des images me représentant (photographies, vidéos, enregistrements numériques).

Ces images pourront être exploitées et utilisées par l'association sur tout type de support et pour toute diffusion, sans limitation géographique ni de durée. Elles pourront notamment être diffusées via : presse, supports numériques ou papier, projections publiques, site internet, réseaux sociaux, etc.

La CPTS Brest Santé Océane s'engage à respecter ma vie privée et à ne pas utiliser ces images d'une manière susceptible de nuire à ma réputation. En outre, les images ne seront pas exploitées dans un cadre préjudiciable.

Je reconnais avoir été pleinement informé(e) de mes droits et accepte que cette autorisation ne donne lieu à aucune rémunération. Je garantis également que ni moi, ni la personne que je représente (le cas échéant), n'est engagé(e) par un contrat exclusif concernant l'utilisation de mon image ou de mon nom. Je suis informé(e) que je peux à tout moment révoquer cette autorisation par écrit, étant entendu que cette rétractation ne pourra s'appliquer aux supports déjà diffusés.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature

#### **Notice de la demande pour devenir membre associé de la CPTS Brest Santé Océane**

Les données dans le questionnaire doivent obligatoirement être fournies car nécessaires pour répondre à votre demande. Dans le cas contraire, nous ne pourrions procéder à son analyse.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez nous contacter.

#### **Mettre fin à votre statut de membre associé**

Pour mettre fin à notre collaboration, nous vous demandons de nous adresser un courrier pour nous faire part de votre demande.

#### **Finalité du traitement et catégories de personnes destinataires des données à caractère personnel**

La CPTS Brest Santé Océane traite les données recueillies dans le cadre de votre demande pour devenir membre associé, pour vous communiquer les informations de la CPTS et du territoire, de participation aux groupes projets et à la vie associative de la CPTS, ainsi que dans le cadre de votre participation à un exercice coordonné (en lien avec la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, ACI, le 3 décembre 2021 avec l'ARS Bretagne et la CPAM du Finistère). Ces données seront utilisées par les employés de la CPTS afin de remplir les missions de cette dernière. La liste des adhérents de la CPTS BSO et membre associés est accessible à l'ensemble des adhérents sur Plexus santé. Ces données peuvent être transmises à des tiers uniquement dans le respect de l'objet de la CPTS et jamais dans un objectif commercial.

#### **Durée de conservation des données**

Les données sont conservées durant toute la durée de la collaboration.

En cas de changement de représentant de votre structure auprès de la CPTS Brest Santé Océane ou de participant aux groupes projets, merci de nous en informer par mail : [contact@brestsanteoceane.fr](mailto:contact@brestsanteoceane.fr).

#### **Sécurité des données**

Ces données sont conservées sur serveur à accès restreint aux employés de la CPTS BSO.

#### **Vos droits relatifs aux données à caractère personnel que nous recueillons**

Vous pouvez contacter Margaux LAGADEC, chargée de communication et gestion administrative pour ce qui concerne les droits suivants sur vos données à caractère personnel :

- Vous pouvez obtenir une copie de vos données à caractère personnel. Nous traiterons votre demande dans un délai d'un mois.
- Vous pouvez retirer le consentement que vous avez donné pour le traitement de vos données à caractère personnel.
- Vous pouvez demander la suppression de vos données à caractère personnel ou la restriction de leur utilisation.
- Vous pouvez demander la rectification de vos données à caractère personnel.

Lorsque vous faites l'une de ces demandes, nous pouvons avoir besoin d'informations spécifiques de votre part afin de nous aider à confirmer votre identité.

Conformément aux statuts de la CPTS, l'une des demandes citées ci-dessus ne vaut pas pour une résiliation d'adhésion, qui doit faire l'objet d'une demande spécifique, écrite et adressée au président de la CPTS BSO.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.