**FICHE D’IDENTIFICATION DES CORRESPONDANTS LOCAUX D’AMP VIGILANCE (CLA) DES CENTRES CLINICO-BIOLOGIQUES et DES LABORATOIRES D’INSEMINATION ARTIFICIELLE**

**Formulaire à retourner compléter signé et daté par courrier ou fax ou mail à :**

Agence de la biomédecine

Direction médicale et Scientifique

Pôle sécurité-qualité

1 AVENUE DU STADE DE FRANCE

93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

**E-mail :** [**ampvigilance@biomedecine.fr**](mailto:ampvigilance@biomedecine.fr)

**Fax : 01 55 93 69 36**

**Code équipe :**

|  |
| --- |
| **Etablissement clinique** |
| Nom : |
| Adresse : |
| Code postal : |
| Ville : |

|  |
| --- |
| **Etablissement biologique** |
| Nom : |
| Adresse : |
| Code postal : |
| Ville : |

**Dans chaque établissement ou organisme, il doit être désigné un correspondant local d’AMP vigilance (CLA) et un suppléant. Le CLA forme avec son suppléant une équipe complémentaire travaillant en binôme.**

**Cette équipe est idéalement constituée d’un membre de l’équipe clinique et d’un membre de l’équipe biologique pour les centres clinico-biologiques.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Correspondant local d’AMP vigilance *titulaire*** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Qualité | * Médecin clinicien * Médecin biologiste * Pharmacien biologiste * Technicien * Sage-femme * Scientifique * Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Correspondant local d’AMP vigilance *suppléant*** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Qualité | * Médecin clinicien * Médecin biologiste * Pharmacien biologiste * Technicien * Sage-femme * Scientifique * Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |

Les informations recueillies dans ce formulaire sont traitées par l’Agence de la biomédecine en sa qualité de responsable du traitement au sens de la loi n°78-17 du 17 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées.

Le CLA et suppléant reconnaissent avoir été informé(e), conformément aux dispositions de l’article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, qu’un défaut de réponse aux questions ne permettrait pas le traitement de ma demande.

Les données traitées au travers de ce formulaire permettent à l’Agence de la biomédecine de gérer l’ensemble des **modalités nécessaires à l’organisation de ses missions.**

*Qui aura accès à ces données ?*

Pendant toute la durée de leur traitement, ces données personnelles font l’objet d’une protection particulière. Outre les mesures de sécurité mises en œuvre, l’Agence de la biomédecine s’assure en effet en permanence que seules certaines personnes habilitées puissent avoir accès à ces informations. Nous veillons strictement à ce que les données recueillies ne soient jamais détournées ou utilisées à d’autres finalités.

*Quels sont mes droits sur ces données ?*

Les utilisateurs disposent pendant toute la durée du traitement d’un droit d’accès, de modification, de rectification et d’opposition sur leurs données personnelles. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à la direction juridique de l’Agence de la biomédecine (1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex) en y joignant la copie d’un justificatif d’identité comportant votre signature.

*Qui assure le traitement de données personnelles ?*

Ce service est proposé par l’Agence de la biomédecine, agence nationale de l’Etat créée par la loi de bioéthique de 2004 modifiée en 2011 et 2013, en qualité de responsable du traitement des données personnelles (encadrée par la loi « Informatique & Libertés » du 6 janvier 1978) et dont le siège social se situe au 1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex (n° SIRET 180 092 587 00013). En cas de difficulté, notre responsable Informatique et libertés vous assistera. Il peut être joint à l’adresse suivante : cil@biomedecine.fr <mailto:cil@biomedecine.fr>.

Signature :

**Date d’envoi du formulaire :** |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|