

DÉCLARATION NORMALE

(Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE

Sigle (facultatif) : CHB

N° SIRET : 260100045 00012

Service : DSIO

Code APE : 8610Z Activités hospitalières

Adresse : 900 ROUTE DE PARIS

Code postal : 01012 - **Ville :** BOURG EN BRESSE CEDEX

Téléphone : 04 74 45 46 47

Adresse électronique : PHUYNH@CH-BOURG01.FR

Fax :

2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)

Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale : CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE

Sigle (Facultatif) : CHB

N° SIRET : 260100045 00012

Service : DSIO

Code NAF : 8610Z Activités hospitalières

Adresse : 900 ROUTE DE PARIS

Code postal : 01012 **Ville :** BOURG EN BRESSE CEDEX

Téléphone : 04 74 45 46 47

Adresse électronique : PHUYNH@CH-BOURG01.FR

Fax :

3 Finalité du traitement

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (exemple : gestion du recrutement) :

TRANSMISSION DES DONNEES (SOMME A PAYER) DU LOGICIEL DE FACTURATION PASTEL DU MIPIH VERS LE LOGICIEL TIPI DE LA DGFIP POUR L'ENCAISSEMENT DES REGIES PAR CARTE BANCAIRE VIA INTERNET.

Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

☐ Salariés ☒ Usagers ☐ Adhérents ☐ Clients (actuels ou potentiels) ☐ Visiteurs

☐ Autres (Veuillez préciser) :

Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (facultatif) :

☐ Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC) ☐ Mécanisme d'anonymisation
☐ Carte à puce ☐ Géo localisation (Ex. : GPS couplé avec GSM/GPRS)
☐ Vidéosurveillance ☐ Nanotechnologie
☐ Autres (précisez) :

4 Données traitées

Catégories de données	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
État-civil, Identité, Données d'identification.	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires : Logiciel TIPI de la direction générale des finances publiques (DGFIP) du ministère des finances
Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Vie professionnelle (CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Données de connexion (adresse IP, logs, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :

5 Données sensibles

En grisé apparaissent les données « sensibles », dont le traitement est particulièrement encadré par la loi : ces données ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa réalisation.

N° de sécurité sociale
(NIR)

☐ Directement auprès de la
personne concernée

☐ De manière indirecte.
Précisez :

☐ 1 mois

☐ 3 mois

☐ 1 an

☐ Pendant la durée de la
relation contractuelle

☐ Autres, précisez

Destinataires :

Infractions, condamnations,
mesures de sûreté
(réservé aux auxiliaires de
justice)

☐ Directement auprès de la
personne concernée

☐ De manière indirecte.
Précisez :

☐ 1 mois

☐ 3 mois

☐ 1 an

☐ Pendant la durée de la
relation contractuelle

☐ Autres, précisez

Destinataires :

Opinions philosophiques,
politiques, religieuses,
syndicales,
vie sexuelle,
données de santé,
origine raciale ou ethnique

☐ Directement auprès de la
personne concernée

☐ De manière indirecte.
Précisez :

☐ 1 mois

☐ 3 mois

☐ 1 an

☐ Pendant la durée de la
relation contractuelle

☐ Autres, précisez

Destinataires :

6 Échanges de données/interconnexions

Procédez-vous à des échanges de données ? ☐ Non

☐ Oui, avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant

☒ Oui, avec des organismes extérieurs au déclarant

7 Sécurité/Confidentialité

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

☐ L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)

☐ Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)

☐ Une journalisation des connexions est effectuée

☐ Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)

☒ Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

8 Transferts de données hors de l'Union européenne

Transmettez-vous tout ou partie des données traitées vers un pays situé hors de l'Union européenne et n'assurant pas un niveau de protection suffisant (cf liste à jour de ces pays sur la carte interactive du site internet de la CNIL www.cnil.fr/vos-responsabilites/le-transfert-de-donnees-a-letranger/)

☐ Oui ☒ Non

! Si oui, merci de compléter l'annexe « Transfert de données hors de l'Union européenne »

9 Le droit d'accès des personnes fichées

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant d'en obtenir communication. Cf. article 32 de la loi + modèles de mentions dans la notice

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mentions légales sur formulaire | <input checked="" type="checkbox"/> Affichage |
| <input type="checkbox"/> Mentions sur site internet | <input type="checkbox"/> Envoi d'un courrier personnalisé |
| <input type="checkbox"/> Autres mesures, précisez : | |

Veuillez indiquer les coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès :

Nom et prénom ou raison sociale : CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE

Sigle (facultatif) : CHB

N° SIRET : 260100045 00012

Service : DSIO

Code NAF : 8610Z Activités hospitalières

Adresse : 900 ROUTE DE PARIS

Code postal : 01012 **Ville :** BOURG EN BRESSE CEDEX

Téléphone : 04 74 45 46 47

Adresse électronique : PHUYNH@CH-BOURG01.FR

Fax :

10 Personne à contacter (facultatif)

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Nom et prénom : HUYNH Paul

Service : DSIO

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : 04 74 45 45 17

Adresse électronique : PHUYNH@CH-BOURG01.FR

Fax :

Raison sociale : CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE

N° SIRET : 260100045 00012

Sigle (facultatif) : CHB

Code NAF : 8610Z Activités hospitalières

Adresse : 900 ROUTE DE PARIS

Code postal : 01012 **Ville :** BOURG EN BRESSE CEDEX

Téléphone : 04 74 45 46 47

Adresse électronique : PHUYNH@CH-BOURG01.FR

Fax :

11 Signature du responsable

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : NAMAN Gilles

Date le : 07-04-2011

Fonction : Chef d'établissement

Signature

Adresse électronique : DIRG@CH-BOURG01.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer