

1. ACCUEIL ET ENREGISTREMENT DES PATIENTS	REFERENCE : PRA-1-SQL-FO-04
AUTORISATION PARENTALE POUR PATIENTS MINEURS	VERSION 4

Je soussigné (nom, prénom, numéro de téléphone)

.....

représentant légal de l'enfant mineur (nom, prénom, date de naissance, sexe)

.....

.....

autorise le laboratoire

à pratiquer le prélèvement nécessaire pour les examens prescrits

par le Médecin

en date du/...../.....

Le

Signature du représentant légal :

Information :

Conformément à la législation en vigueur, les laboratoires ne peuvent effectuer de prélèvement sur un mineur que s'il est accompagné d'un représentant légal ou sur présentation de cette autorisation complétée et signée.

Les examens relatifs aux IST, IVG et contraception ne sont pas concernés par cette disposition.

Mentions légales de protection des données à caractère personnel :

Les données personnelles sont collectées à des fins de gestion administrative et/ou d'analyses de Biologie Médicale. Les informations peuvent être transmises aux services administratifs, aux organismes de déclaration obligatoire, aux instances d'évaluation des laboratoires, aux organismes payeurs, aux médecin/établissement prescripteur, à un tiers légitime désigné. Le laboratoire est garant de la protection des données. Celles-ci sont conservées selon la réglementation en vigueur.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, pour l'exercice de vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition pour motif légitime, hormis les cas où la réglementation ne le permet pas, il faut s'adresser directement au laboratoire ou au délégué à la protection des données (DPO) désigné par le laboratoire à l'adresse dpo@biofutur.eu

Auteur : Bertheau Laura	Validation : Bianchi Fabien 2020-06-11	Approbation : Benoit Sylvain 2020-06-15	Page 1 / 1 Application : 2020-06-15
----------------------------	--	---	---