# Acn 2019 Parcours de soins du patient atteint de maladie chronique

## Confirmation de préinscription, le 02/05/2024

### Établissement

**Nom**

**No d'adhérent**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Téléphone**

### Responsable formation de l'établissement

**Nom**

**Prénom**

**Téléphone**

**Adresse email**

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à recenser la demande de participation des salariés aux formations collectives mises en place par l'OPCO Santé à destination de leurs adhérents. Les destinataires des données sont : l'organisme de formation dispensant la formation et l'OPCO Santé.*
*Conformément à la loi "informatique et libertés" 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 communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'OPCO Santé, Siège, 31 rue Anatole France , 92309 Levallois Perret Cedex.*
*Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*