

Madame, Monsieur,

Vous êtes adhérents à l'APM (**A**ssociation des **P**ersonnels **M**utualistes), ce qui vous donne accès :

1. aux différentes activités que l'APM organise : marches, voyages, prévention... ainsi qu'aux participations financières pour certaines de ces activités
2. et pour certains d'entre vous aux contrats santé APMUT et APMUT JEUNES réservés aux personnes EX-SALARIES, ENFANTS et JEUNES des entreprises MUTUALITE FRANCAISE LOIRE et HAUTE-LOIRE et EOVI-MCD Mutuelle groupe AESIO. Il appartient à l'APM, référente de ces contrats de vous représenter lors des négociations annuelles qui seront menées avec EOVI-MCD Mutuelle groupe AESIO.

Pour les besoins de gestion des activités organisées par l'APM, nous vous précisons que **certaines informations vous concernant sont enregistrées dans un fichier informatisé** : nom, prénom, adresse postale, adresse(s) de messagerie, numéro(s) de téléphone (portable et/ou fixe), date de naissance, âge, appartenance mutualiste ou non.

Ces informations sont conservées pour (et pendant) la durée de votre adhésion et sont destinées à l'usage exclusif du conseil d'administration de l'APM.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à ces données, sur demande écrite, signée et accompagnée d'une copie de votre pièce d'identité, par courrier à l'adresse de notre siège social. Cette demande devra préciser l'adresse à laquelle doit vous parvenir la réponse.

Conformément à la réglementation applicable, nous sollicitons, par ailleurs, votre accord pour continuer à vous adresser, sous forme électronique, courrier, texto... des informations concernant les activités de l'APM.

Attention une réponse de votre part est indispensable pour continuer à recevoir les informations relatives à l'APM. Vous devez envoyer cette réponse.

✕

Coupon réponse à envoyer à **Association des Personnels Mutualistes**
EOVI-MCD Mutuelle groupe AESIO – L'Atrium – 60, rue Robespierre – 42100 SAINT ETIENNE

Ou sur notre *SITE INTERNET* : www.apmut42.com - Rubrique : **NOUS CONTACTER**

Mon accord pour continuer à recevoir des informations de la part de l'APM



OUI, je souhaite recevoir des informations concernant l'APM



NON, je ne souhaite pas recevoir d'information concernant l'APM

NOM et PRENOM :

date de naissance

VOTRE ADRESSE COMPLETE :

Date :

Signature :