

FICHE : ACCES DU PRODUCTEUR DE SOINS A L'APPLICATION PEC EN LIGNE

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT :

Nom de l'Établissement

INPE

Nom et Prénom du
Directeur administratif

E-mail

Date

Signature et cachet

TYPE DE DEMANDE

Création

Blocage

Réinitialisation du
mot de passe

IDENTIFICATION DE L'UTILISATEUR

Nom et Prénom

N° CNIE :

Email

Date :

Signature

Conformément aux
dispositions de la loi n°
09-08

Je m'engage à prendre toutes les mesures et les précautions nécessaires afin de préserver la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel auxquelles j'aurai accès et de protéger la confidentialité des codes accès qui me seront communiqués et de n'en faire usage que pour le traitement auquel je suis autorisé.

Lu et approuvé :

Joindre copie de la CNIE

RESPONSABLE SPEC-DCPPC-DCM- CNOPS

Date

Signature

RESPONSABLE DER- DSI CNOPS

Date

Signature

ADMINISTRATEUR DE L'APPLICATION DER-CNOPS

Login application accordé

Nom et Prénom

Date

Signature