

PRÊT DE FILMS

Prévention des Risques Professionnels

documentation.atmp@cgss-martinique.fr, tél. 05 96 66 51 32, fax : 05 96 51 81 54

Pour une durée de : ____ jours

Soit du ____/____/____ au ____/____/____

Nom : _____

Prénoms : _____

Fonction : _____

Raison Sociale de l'entreprise : _____

N° Siret : _____

Tél. : _____ Port. : _____

Fax : _____

Mail : _____

J'autorise la CGSS à m'envoyer des informations par mail

Réf.	Titre	Nbre de séances ¹	Nbre total de spectateurs ¹

¹ informations à fournir lors de la remise des films

Retour le ____/____/____ Signature du demandeur :

Volet 1 destiné à la DRP de la CGSSM

Volet 2 destiné au demandeur à remettre complété lors du retour des films

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et suppression des données qui vous concernent. Pour exercer ce droit adressez-vous à : cil@cgss-martinique.fr