

FORTEMEDCARE
FORMULAIRE DE CONTACT
DÉCLARATION DE CONSENTEMENT EXPLICITE POUR LES TRANSFERTS ÉTRANGERS

Je déclare par la présente avoir lu et compris le **texte de clarification du formulaire de contact de Fortemedcare** préparé par Akademi Turizm ve Organizasyon Ticaret A.Ş (« **Forte Medicare** »), qui a le titre de contrôleur des données, qui contient des informations détaillées sur mes droits et les activités de traitement de mes données personnelles, et que je l'ai notifié par le biais des formulaires de contact et je le signalerai pour le traitement lorsque je voudrai recevoir des services :

- **Identité** (*nom et prénom*)
- **Contact** (*courriel électronique, numéro de téléphone*)
- **Informations sur les opérations des clients** (*informations sur les sujets / demandes / plaintes*)
- **Sécurité du traitement des données** (*Adresse IP, informations de connexion et de déconnexion Internet, informations sur le navigateur, état d'accès, nom et version du système d'exploitation*)

J'accepte et déclare avoir été informé que mes données susmentionnées peuvent être transférées à l'étranger par l'utilisation d'applications de messagerie et de chat dont les serveurs sont situés à l'étranger afin d'effectuer des activités de communication dans le cadre de l'exécution du service fourni par Fortemedcare et de fournir les informations nécessaires, dans le cadre des principes et des garanties déterminés dans le cadre des garanties constitutionnelles, de la LPDP et de la législation connexe, limités à la raison et aux activités de traitement spécifiées dans le texte de clarification.

Je donne mon consentement explicite au transfert de mes données personnelles à l'étranger en utilisant des applications de messagerie et de chat dont les serveurs sont situés à l'étranger.