



Formulaire de consentement pour les professionnels de la santé

Format Papier

Amylyx Pharmaceuticals EMEA B.V, (Barbara Strozzi laan 201, 1083 HN Amsterdam) et Amylyx Pharmaceuticals France SAS (collectivement, " **Amylyx** "), s'engagent à traiter vos données personnelles conformément aux lois applicables en matière de protection des données, y compris, mais sans s'y limiter, le Règlement général sur la protection des données (UE) 2016/679 et le RGPD du Royaume-Uni (collectivement, " **RGPD** "). Veuillez lire la Notice d'information sur la Protection des Données des Professionnels de Santé d'Amylyx disponible à l'adresse suivante : https://www.amylyx.com/document/Amylyx_HCP_Privacy_Notice_French_22Mar2023.pdf pour comprendre comment Amylyx utilise vos données personnelles, ses efforts pour protéger vos données personnelles, ainsi que les droits et options dont vous disposez pour contrôler vos données et la protection de votre vie privée.

Amylyx souhaite utiliser vos coordonnées (telles que le nom complet, le numéro de téléphone professionnel, l'adresse électronique professionnelle, la localisation) et vos informations professionnelles (telles que l'institution, le poste, la qualification, l'expertise, les domaines pathologiques, votre expérience, le nombre de patients traités, la participation à des études cliniques) pour maintenir une liste de professionnels de la santé et vous envoyer directement ou par l'intermédiaire de fournisseurs de services tiers, par courrier électronique, SMS/WhatsApp et d'autres moyens numériques :

- des communications contenant des informations médicales, scientifiques et/ou éducatives, des newsletters et du matériel dans le domaine de la neurologie et des maladies neurodégénératives ;
- des invitations à des réunions médicales scientifiques et/ou éducatives telles que des colloques, des réunions scientifiques, des webinaires ou des plateformes éducatives médicales numériques ;
- des newsletters et/ou d'autres communications relatives aux produits et services d'Amylyx et aux domaines thérapeutiques concernés, y compris des informations sur les nouveaux développements dans le domaine de la neurologie et des maladies neurodégénératives susceptibles de vous intéresser ;
- des invitations à des événements liés à ce qui précède qu'Amylyx organise, sponsorise ou auxquels elle assiste et qui peuvent vous intéresser, que ce soit en tant que participant ou en tant qu'invité ;
- réserver, confirmer et reprogrammer des rendez-vous pour des appels ou des réunions virtuelles ou en face à face ; et/ou
- des possibilités de participer à des projets de recherche.

Amylyx ne collectera et ne traitera vos données personnelles pour communiquer avec vous et vous envoyer des communications par le biais de canaux numériques (tels que le courrier électronique, les SMS/WhatsApp) qu'avec votre consentement et conformément à vos choix et préférences. Vous pouvez indiquer vos préférences personnelles en cochant les cases correspondantes ci-dessous. Veuillez noter que vous pouvez retirer votre consentement ou modifier vos préférences personnelles à tout moment avec effet pour l'avenir.

En particulier, si vous souhaitez vous désabonner pour ne plus recevoir de communications électroniques de notre part, vous pouvez cliquer sur le lien "Se désabonner" dans l'e-mail, ou vous pouvez envoyer un e-mail à privacy@amylyx.com en spécifiant le type d'information et/ou de canal pour lequel vous souhaitez changer votre préférence ; par exemple, avec un e-mail intitulé :

- "Se désabonner des communications électroniques sur l'information scientifique médicale, l'éducation et les événements" ; et/ou

- "Se désabonner des communications électroniques concernant les informations sur les produits et les événements d'Amylyx".

Consentement à la collecte et au traitement des Données

J'exprime ci-dessous mes préférences concernant la collecte et le traitement par Amylyx de mes coordonnées et de mes données professionnelles (veuillez indiquer vos choix en cochant les cases correspondantes ci-dessous) :

Finalité des communications électroniques	Courrier électronique	SMS ou WhatsApp
1. pour m'envoyer des communications pertinentes contenant du matériel médical, scientifique et éducatif et des informations dans le domaine de la neurologie et des maladies neurodégénératives , y compris des demandes de rendez-vous et des invitations à des événements médicaux, scientifiques et éducatifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. pour m'envoyer des communications pertinentes sur les produits et services d'Amylyx dans le domaine de la neurologie et des maladies neurodégénératives, y compris des demandes de rendez-vous et des invitations à des événements et webinaires sur les produits d'Amylyx	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. de me contacter pour des projets de recherche , y compris de la part de sociétés d'études de marché désignées par Amylyx	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. (<i>Facultatif, uniquement si le consentement n'a pas été donné au titre des points 1, 2 ou 3 ci-dessus</i>) de me contacter pour réserver, confirmer ou reprogrammer des réunions virtuelles ou en face à face sans partager de matériel sur les canaux numériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En outre, je comprends et accepte que, lorsque je consens à recevoir des communications proactives d'Amylyx par le biais de canaux numériques, le contenu des communications médicales, scientifiques, éducatives et relatives aux produits susmentionnés sera personnalisé en fonction de mes intérêts personnels et de mes préférences. En donnant mon consentement à la réception des communications électroniques ci-dessus, j'accepte le traitement respectif de mes données personnelles dans le cadre de ces finalités

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données personnelles dans le document Notice d'information sur la Protection des Données des Professionnels de Santé d'Amylyx.

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

Informations complémentaires, uniquement si le professionnel de santé a accepté de les fournir :

Lieu de travail du professionnel de santé : _____

Département : _____

Adresse : _____

Adresse électronique du professionnel de santé : _____

Numéro de téléphone du professionnel de santé: _____