Conformément à la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.
Vous pouvez exercer ce droit à l'aide de ce formulaire **signé et accompagné d'une copie d'une pièce d'identité**, à l'adresse suivante : **Sanofi proximité**
Autorisation 53063
86969 Futuroscope Cedex
ou par courrier electronique à l'adresse : **Reclamations-Transparence@sanofi.com**
Merci de nous donner toutes les informations concernant le motif de votre demande, avec la correction souhaitée, notée dans les espaces prévus à cet effet.
Aucune demande ne pourra être gérée par téléphone.En l'absence de retour de votre part dans les 60 jours, nous considèrerons votre dossier comme clos.

Bordereau de correspondance

Nom :	Numéro RPPS
Prénom:	N° téléphone
Profession :	Rue :
Titre:	Ville :
Spécialité :	Code Postal:
Signature :	**Tampon :**

Précisez ici les motifs de votre demande de modification ou d'information :

Demande de modification d'informations d'identification. **Précisez:**

Demande d'information, ou de modification sur un avantage ou une convention. **Précisez:**

N° d'identification de la ligne	Date	Entité Sanofi	Nature de l'avantage ou Objet de la convention	Montant	Commentaires