

## نموذج ممارسة الحقوق

### حماية البيانات الشخصية — المريض — المغرب

رقم الوثيقة: CLDOC-PAT-RIGHTS-MA | الإصدار 1.0 | أبريل 2026

وفقاً للقانون رقم 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الطبيعيين فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية، تتمتع بحقوق بشأن بياناتك. املأ هذا النموذج لممارسة أحد حقوقك. تلتزم CALL DOC بمعالجة طلبك في غضون ثلاثين (30) يوماً تقويمياً، وفقاً للمواد 7 و8 و9 من القانون رقم 08-09.



#### القسم 1 — هوية مقدم الطلب

الاسم:

---

الاسم الأول:

---

تاريخ الميلاد:

---

رقم بطاقة الهوية الوطنية:

---

عنوان البريد الإلكتروني:

---

رقم الهاتف:

---

العنوان البريدي:

---

#### القسم 2 — الحق الذي ترغب في ممارسته

ضع علامة على الحق (الحقوق) المعمول به:

##### حق الوصول (المادة 7 — القانون رقم 08-09)

أرغب في الحصول على تأكيد بأن CALL DOC تحتفظ ببيانات شخصية تتعلق بي والحصول على نسخة منها، بالإضافة إلى معلومات عن مصدرها وأغراضها ومستلمها.

##### حق التصحيح (المادة 8 — القانون رقم 08-09)

أرغب في تصحيح البيانات الشخصية غير الدقيقة أو غير الكاملة المتعلقة بي. يرجى تحديد البيانات المطلوب تصحيحها والمعلومات الصحيحة أدناه.

##### الحق في الحذف (المادة 8 — القانون رقم 08-09)

أرغب في حذف بياناتي الشخصية، في حدود ما تسمح به الالتزامات القانونية المتعلقة بالاحتفاظ بالبيانات (لا سيما الملفات الطبية، التي يتم الاحتفاظ بها لمدة 10 سنوات وفقاً للقانون رقم 131-13).

حق الاعتراض (المادة 9 — القانون رقم 09-08)

أعترض على معالجة بياناتي الشخصية للأغراض التالية:

الاتصالات والتذكير بالمواعيد

تحسين الخدمات (التحليلات الإحصائية)

أخرى (يرجى التحديد أدناه)

سحب الموافقة

أقوم بسحب موافقتي على معالجة بياناتي للأغراض التالية. يرجى التوضيح أدناه.

طلب آخر

يرجى وصف طلبك أدناه.

القسم 3 — وصف طلبك

صف طلبك بأكبر قدر ممكن من التفاصيل (البيانات المعنية، الفترة الزمنية، السياق):

يرجى وصف طلبك هنا...

القسم 4 — المستندات المرفقة (إن وجدت)

لمعالجة طلبك، قد نحتاج CALL DOC إلى التحقق من هويتك. يرجى إرفاق:

نسخة من بطاقة هويتك (الوجهان)

أي مستندات إثباتية مفيدة لطلبك

تُستخدم وثائق هويتك فقط لأغراض التحقق من طلبك ويتم حذفها بعد معالجته.

القسم 5 — الإقرار والتوقيع

أنا، الموقع/الموقعة أدناه، أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وكاملة. وأدرك أن CALL DOC ملزمة بالرد على طلبي في غضون ثلاثين (30) يومًا تقويميًا من تاريخ استلام هذا النموذج بعد استكماله بالكامل.

إذا كان طلبي غير مكتمل أو يحتاج إلى توضيحات، ستتصل بي CALL DOC على عنوان البريد الإلكتروني المذكور أعلاه.

تم التوقيع في:

التاريخ:

توقيع مقدم الطلب:

محجوز لـ CALLDOC — لا تملأ

تاريخ الاستلام: \_\_\_\_\_ رقم الملف: CLDOC-RIGHTS-\_\_\_\_\_

تمت معالجته بواسطة: \_\_\_\_\_ تاريخ الرد: \_\_\_\_\_

الحالة:  كاملة  غير كاملة (تم إرسال تذكير)  تمت معالجتها  مرفوضة (السبب: \_\_\_\_\_)

#### كيفية إرسال هذا النموذج

عن طريق البريد العادي

المسؤول عن حماية البيانات

CALL DOC — APPT 15 IMM12 LOT SINE AV ALLAL

FASSI، مراكش، المغرب

عن طريق البريد الإلكتروني

privacy@calldoc.ma

الموضوع: ممارسة الحقوق — [اسمك]

إذا لم تكن راضياً عن رد CALL DOC في غضون 30 يوماً، يحق لك تقديم شكوى إلى Avenue AL | CNDP: www.cndp.ma | contact@cndp.ma | ARZ, Secteur 4, M1, HAY RIAD, Rabat

CALL DOC - المغرب / القانون رقم 08-09 / القانون رقم 13-131 / القانون رقم 22-06 / المرسوم رقم 378-18-2 / المرسوم رقم 675-20-2 / مدونة قواعد السلوك المهني للمهنة الطبية