

# Newsletter

Nom :

Prénom :

Mail :

Vous êtes médecin :

Votre enfant est  
hospitalisé à l'institut St Pierre ?

Vous êtes ou avez été  
hospitalisé à l'institut St Pierre ?

J'accepte les conditions :

**Conditions d'inscription :** Les informations collectées sont destinées principalement à l'usage de l'Institut Saint Pierre. Ces données nous permettent de traiter votre demande et de vous proposer des prestations personnalisées. Conformément à l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés" vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données qui vous concernent. Pour exercer ce droit, merci de nous communiquer votre demande par le formulaire "Contactez-nous" en ligne sur le site. Si, à un moment, vous souhaitez ne plus être contacté par l'Institut Saint Pierre, merci de nous faire part de votre décision par le formulaire "Contactez-nous" en demandant l'annulation de votre inscription.