

# DÉCLARATION SIMPLIFIÉE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

## 1 Déclarant

- ☐ Vous êtes un organisme (personne morale) Are you an organisme / institution  
☐ Vous êtes une personne physique Are you a physical person

\* Champs obligatoires

Nom et prénom ou raison sociale*	Sigle (facultatif)
Service	N° SIRET*
Adresse*	N° SIREN CODE ÉTABLISSEMENT
Code postal* Ville*	Code APE*
Adresse électronique*	Téléphone*
	Fax

optional

 Not Applic  
if non  
French

Personne destinataire du récépissé et contact au sein de l'organisme déclarant si un complément d'information doit être demandé :

Contact name for reception of acknowledge of receipt and for any information -

Nom et prénom\*  
 Adresse électronique\*

## 2 Texte de référence\*

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence. Veuillez sélectionner la case correspondant à votre situation (plusieurs choix sont possibles) et préciser le n° de référence du texte :

Nature du texte	N° de référence	N° de référence	N° de référence	N° de référence	N° de référence
<input type="checkbox"/> Norme simplifiée	NS - [ ] [ ] [ ]	NS - [ ] [ ] [ ]	NS - [ ] [ ] [ ]	NS - [ ] [ ] [ ]	NS - [ ] [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> Autorisation unique	AU - [ ] [ ] [ ]	AU - [ ] [ ] [ ]	AU - [ ] [ ] [ ]	AU - [ ] [ ] [ ]	AU - [ ] [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> Acte réglementaire unique	RU - [ ] [ ] [ ]	RU - [ ] [ ] [ ]	RU - [ ] [ ] [ ]	RU - [ ] [ ] [ ]	RU - [ ] [ ] [ ]
<input checked="" type="checkbox"/> Méthodologie de référence	MR - 004	MR - [ ] [ ] [ ]	MR - [ ] [ ] [ ]	MR - [ ] [ ] [ ]	MR - [ ] [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> Autorisation unique - BCR	BCR - [ ] [ ] [ ]	BCR - [ ] [ ] [ ]	BCR - [ ] [ ] [ ]	BCR - [ ] [ ] [ ]	BCR - [ ] [ ] [ ]

## 3 Transferts de données hors de l'Union Européenne\*

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de service, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union Européenne :

☒ Non ☐ Oui

## 4 Signature

Personne responsable de l'organisme déclarant :

Nom et prénom*	Date* / /
Fonction	Signature
Adresse électronique*	

 you are  
not  
supposed  
to transfer  
any of the  
data transferred  
to you

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.