

Заявка на участие в программе «Оранж кард»



Программа «Оранж кард» (в дальнейшем Программа) организована компанией «ГлаксоСмитКляйн» (в дальнейшем Компания) с целью увеличить доступ граждан Украины, болеющих хроническими заболеваниями и имеющих ограниченные финансовые возможности, к лекарственным средствам Компании.

Прошу включить меня в список участников программы «Оранж кард».

Этим документом я заверяю, что внесенная в Заявку информация является верной и полной.

Право на участие/Критерии доступа к Программе. Я или член моей семьи (если участником программы является несовершеннолетний или недееспособный гражданин Украины) принадлежу к одной или нескольким из нижеперечисленных категорий: несовершеннолетний, пенсионер, инвалид любой группы или имею ограниченные финансовые возможности.

Ограничения. Я осознаю, что Программа действует только на территории Украины для граждан Украины и распространяется только на лекарственные средства Компании, включенные в программу и назначенные лечащим врачом. Программа не предоставляет скидок на другие виды товаров (не относящиеся к лекарствам) и на лекарственные препараты других производителей. Я понимаю и признаю, что Компания оставляет за собой право как изменять условия участия в программе, величину указанных скидок, так и приостановить или прекратить Программу без предупреждения участников.

Доступность информации при заявке на участие или при участии в Программе. Я осознаю, что уполномоченный представитель Компании по программе «Оранж кард» (далее Администратор программы) после получения правильно оформленной заявки проинформирует меня, о включении в Программу и о действующих размерах скидки на назначенный мне врачом препарат компании. В рамках Программы считаю возможным доступ Администратора программы к информации о предписанных мне лекарственных средствах и другой информации, предоставленной мной в данной заявке (именуется ниже как **Персональная Информация**). Я даю согласие на использование Администратором программы моих **Персональных Данных** исключительно для выполнения всех процедур, связанных с Программой. Я осознаю, что я могу отменить свое согласие в любое время, уведомив уполномоченного представителя письменно, по адресу, с которого получу уведомление о включении в Программу. Я понимаю также, что если я сделаю это, мое участие в Программе будет прекращено. Доступ к моим **Персональным данным** для третьих лиц, через Компанию, в течение действия Программы и моего в ней участия или после того как мое участие в программе или сама программа будут прекращены может быть разрешен только с моего согласия и в случаях обусловленных законодательством.

Компания и Администратор программы обязуется предпринимать все необходимые меры по защите **Персональной Информации**, предоставленной в данном заявлении (случайное или незаконное раскрытие, нерегламентированное изменение или распространение), также как и факт Вашего участия в Программе в соответствии с законодательством о защите **Персональной Информации**.

Пожалуйста разборчиво заполните печатными буквами все поля ниже:

Я нуждаюсь в помощи для покупки лекарственного средства, участвующего в Программе

Да

Нет

Фамилия

Имя

Отчество

Адрес проживания Индекс, город, улица, дом, кв.....

Контактные телефоны дом (.....)....., моб (.....).....

Серия и номер паспорта Серия Номер

Пол Мужской Женский

Я являюсь Пенсионером Инвалидом Ветераном труда или боевых действий

Для граждан Украины моложе 16 лет

Серия и номер свидетельства о рождении

Я представляю интересы несовершеннолетнего(ей)

ФИО несовершеннолетнего

Серия Номер

Диагноз

Лекарственное средство, назначенное по программе «Оранж кард»

ФИО, подпись и печать лечащего врача. М.П.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! После заполнения данная заявка должна быть отослана по указанному адресу: Администратор «Оранж кард», 01133, Киев-133, а/я 66. Если вы не получили по почте пластиковую карточку «Оранж кард» в течение 3^x недель после отправки заявки, перезвоните по справочному номеру 0 800 30 4321.

Подпись Заявителя:

Дата: