

# Заявка на участь у програмі «Оранж картд»



Програма «Оранж картд» (надалі – Програма) організована компанією «ГлаксоСмітКляйн» (надалі – Компанія) з метою збільшення доступу громадян України, які хворіють хронічними захворюваннями та мають обмежені фінансові можливості до лікарських засобів Компанії.

Прошу включити мене до списку учасників програми «Оранж картд».

Цим документом я засвідчую, що занесена до Заявки інформація є вірною та повною.

Право на участь/Критерії доступу до Програми. Я або член моєї сім'ї (якщо учасником програми є неповнолітній чи недієздатний громадянин України) належу до однієї чи декількох з перерахованих нижче категорій: неповнолітній, пенсіонер, інвалід будь-якої групи або маю обмежені фінансові можливості.

Обмеження. Я усвідомлюю, що Програма діє тільки на території України для громадян України та розповсюджується тільки на лікарські засоби Компанії, включені в програму та призначені лікуючим лікарем. Програма не надає знижки на інші види товарів (що не відносяться до ліків) та на лікарські засоби інших виробників. Я розумію та усвідомлюю, що Компанія залишає за собою право як змінювати умови участі у програмі, розмір вказаних знижок, так і призупинити чи припинити Програму без попередження учасників.

Доступність інформації при заявці на участь або при участі у Програмі. Я усвідомлюю, що уповноважений представник Компанії з програми «Оранж картд» (надалі – Адміністратор програми) після отримання правильно оформленої заявки поінформує мене про включення до Програми та про діючі розміри знижки на призначений мені лікарем препарат компанії. У рамках Програми вважаю можливим доступ Адміністратора програми до інформації про призначені мені лікарські засоби та іншої інформації, наданої мною у даній заявці (що іменується нижче як **Персональна інформація**). Я даю згоду на використання Адміністратором програми моїх **Персональних даних** виключно для виконання усіх процедур, пов'язаних з Програмою. Я усвідомлюю, що я можу скасувати свою згоду у будь-який час, повідомивши уповноваженого представника у письмовій формі за адресою, з якої отримаю повідомлення про включення до Програми. Я також розумію, що якщо я це зроблю, моя участь у Програмі буде припинена. Доступ до моїх **Персональних даних** для третіх осіб через Компанію протягом дії Програми та моєї в ній участі або після того як моя участь у програмі чи сама програма будуть припинені може бути дозволений тільки з моєї згоди та у випадках, визначених законодавством.

Компанія та Адміністратор програми зобов'язуються вживати заходів із захисту **Персональної інформації**, наданої у даній заявці (випадкове чи незаконне розкриття, не регламентована зміна чи розповсюдження), також як і факту Вашої участі у Програмі згідно з законодавством про захист **Персональної інформації**.

Будь ласка, розбірливо заповніть друкованими літерами усі поля нижче:

Я потребую допомоги для купівлі лікарського засобу, що бере участь у Програмі

Так ☐

Ні ☐

Прізвище .....

Ім'я .....

По-батькові .....

Адреса проживання  
Індекс ....., місто ....., вулиця ....., будинок ....., кв. ....

Контактні телефони  
дом. (.....)....., моб. (.....).....

Серія та номер паспорта  
Серія  Номер

Стать Чоловіча ☐ Жіноча ☐

Я є Пенсіонером ☐ Інвалідом ☐ Ветераном праці чи бойових дій ☐

Для громадян України, молодших від 16 років

Серія та номер свідоцтва про народження

Я є представником інтересів неповнолітнього(ї) ☐

ПІБ неповнолітнього.....

Серія  Номер

Діагноз .....

Лікарський засіб,  
Призначений за програмою «Оранж картд» .....

ПІБ ....., підпис ..... та печатка лікуючого лікаря. М.П.

**ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!** Після заповнення дана заявка має бути відправлена за вказаною адресою: Адміністратор «Оранж картд», 01133, Київ-133, а/с 66. Якщо ви не отримали пластикову картку «Оранж картд» впродовж трьох тижнів з моменту відправлення заявки, будь ласка зателефонуйте за телефоном довідкової лінії: 8 800 30 43210.

Підпис Заявника: .....

Дата: .....