



Инструкция по использованию:

Карточка «Первая упаковка» предоставляет скидку на покупку только одной упаковки препарата в аптеках, участвующих в программе «Orange Card». Чтобы и в дальнейшем пользоваться скидкой на покупку препарата, необходимо зарегистрироваться в Программе «Orange Card». Для этого заполните вместе с лечащим врачом Заявку на участие в программе «Orange Card» и отправьте ее по адресу:

Администратору программы «Orange Card», г.Кишинев, ул. Бэнулеску-Бодони 57/1, офис 414.

Больше информации можно узнать на www.orangecard.md или по телефону 022 260 775; факсу 022 854 650.

Заявка на участие в программе «Orange card»

Программа «Orange card» (в дальнейшем Программа) организована компанией GSK (в дальнейшем Компания) с целью увеличить доступ к лекарственным средствам Компании для граждан Республики Молдова, болеющих хроническими заболеваниями и имеющих ограниченные финансовые возможности.

Условия участия в Программе: Программа действует только на территории и для граждан Республики Молдова 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. Компания оставляет за собой право как изменять условия участия в программе, величину указанных скидок, так и приостановить или прекратить Программу без предварительного предупреждения участников. Уполномоченный представитель Компании по программе «Orange card» (далее Администратор программы) после получения правильно оформленной заявки проинформирует участника о включении в Программу и о действующих размерах скидки на назначенный врачом препарат компании.

Этим документом я заверяю согласие на участие в Программе.

Прошу включить меня в список участников программы «Orange card».

Пожалуйста разборчиво заполните печатными буквами все поля ниже

Фамилия.....
Имя.....
Отчество

Год рождения

Адрес проживания: Индекс....., город.....,
ул., ДОМ....., КВ.....

Контактные телефоны: дом. (.....), моб., mail.....@.....

Этим документом я заверяю, что внесенная в Заявку информация является верной и полной. Я или член моей семьи (если участником программы является несовершеннолетний или недееспособный гражданин Республики Молдова) принадлежу к одной или нескольким из нижеперечисленных категорий: несовершеннолетний, пенсионер, инвалид, ветеран или имею ограниченные финансовые возможности.

СОГЛАСИЕ на обработку Персональных данных.

В рамках Программы считаю возможным доступ Администратора программы к информации о предписанных мне лекарственных средствах и другой информации, предоставленной мной в данной заявке («Персональные данные»). Я даю согласие на обработку Администратором программы моих Персональных данных исключительно для выполнения всех процедур, связанных с Программой. Я осведомлен, что могу отозвать свое согласие в любое время, уведомив уполномоченного представителя Компании письменно. 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 обязуются предпринимать все необходимые меры по защите Персональных данных, предоставленных в данном заявлении, Согласно Закону РМ «О защите Персональных Данных» №133 от 08 июля 2011 года.

Подпись Заявителя

Дата

Лекарство назначенное по Программе «Orange card»

Назначение при Бронхиальной астме или ХОБЛ

Подпись врача.....Специальность.....