

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΗΣ «MEDITERRANEO MEDIGIFT»

### Στοιχεία αιτούντος/ούσας – αντισυμβαλλομένου/ης

Επώνυμο\* .....

Όνομα\* ..... Φύλο\* .....

Όνομα πατρός\* ..... Όνομα μητρός\* .....

Ημερομηνία γέννησης\* .....

A.M.K.A ..... Ασφαλιστικός φορέας .....

Αριθ. Ταυτότητας .....

Αρ. Διαβατηρίου ..... Χώρα .....

Κατοικία .....

Οδός\* ..... Αριθ\* ..... Δήμος\* .....

T.K\* ..... Τηλέφωνο\* ..... Κινητό\* .....

e-mail .....

### Όροι χορήγησης και χρήσης της κάρτας:

Η Κλινική ή/και οι Θυγατρικές της χορηγούν στον/στην αιτούντα/ούσα - αντισυμβαλλόμενο/η (στο εξής «ο Κάτοχος») την κατοπιν επιλογή του ατομική ή οικογενειακή, εκπαιδευτική κάρτα MEDIGIFT, που φέρει το διακριτικό γνώρισμα «MEDITERRANEO MEDIGIFT» («στο εξής η Κάρτα»), σύμφωνα με τους κάτωθι ειδικούς όρους:

1. Η Κάρτα εκδίδεται από την Κλινική MEDITERRANEO HOSPITAL ή/και τις Θυγατρικές της και ανήκει στην ιδιοκτησία της καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος της.
2. Η Κάρτα προορίζεται αυστηρώς, για προσωπική χρήση του Κατόχου της (και των ορισθέντων από τον ίδιο εξαρτώμενων μελών της οικογένειάς του, ήτοι συζύγου και τέκνων, τα πλήρη στοιχεία των οποίων επισυνάπτονται στην παρούσα) και ρητώς απαγορεύεται η μεταβίβασή της σε τρίτο πρόσωπο, καθώς και η χρήση της από τρίτο.
3. Ο Κάτοχος δικαιούται να χρησιμοποιεί την Κάρτα προκειμένου να απολαμβάνει τα εκπαιδευτικά προνόμια που κάθε φορά θα του προσφέρει, εντός χρονικού διαστήματος διάρκειας ενός (1) έτους, από την ημερομηνία εκδόσεώς της, με δυνατότητα ανανέωσης.
4. Η Κλινική έχει οποτεδήποτε το δικαίωμα να προσθέσει, αντικαταστήσει και εν γένει τροποποιήσει μέρος ή το σύνολο των προνομίων/ειδικών παροχών, έπειτα από έγκαιρη ενημέρωση των Κατόχων με κάθε πρόσφορο μέσο συμπεριλαμβανομένης της ιστοσελίδας αυτής. Σε περίπτωση που μια τέτοια τροποποίηση λάβει χώρα, ο Κάτοχος δεν αποκτά για το λόγο αυτόν κανένα δικαίωμα για αποζημίωση, ούτε οιαδήποτε άλλη αξίωση έναντι της Κλινικής ή/και των Θυγατρικών της.
5. Ο Κάτοχος δηλώνει ότι ενημερώθηκε και αποδέχεται ότι η Κλινική ή/και οι Θυγατρικές της δύναται να χρησιμοποιήσουν τα στοιχεία του, όπως αυτά αναγράφονται στην παρούσα αίτηση για τις ανάγκες αποστολής ενημερωτικών εντύπων για τις νέες παροχές, υπηρεσίες και εφαρμογές της Κλινικής ή/και των Θυγατρικών της, καθώς και ενημέρωσης αυτού είτε τηλεφωνικώς, είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, για νέες υπηρεσίες ή εφαρμογές που τον αφορούν. Ο Κάτοχος με την παρούσα αίτηση αποδέχεται ρητά και ανεπιφύλακτα και παρέχει την συγκατάθεσή του στην Κλινική, για την τήρηση και την επεξεργασία των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων.

- Το Mediterraneo Hospital και οι Θυγατρικές του σέβονται βαθύτατα την σπουδαιότητα της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα των φυσικών προσώπων και της σύννομης και ορθής επεξεργασίας τους. Προσπληρωμένοι λοιπόν σε αυτόν το σκοπό την κατοχύρωση της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα των φυσικών προσώπων, συμμορφωνόμαστε πλήρως με τις βασικές αρχές επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, λαμβάνοντας πρωτίστως υπόψη τα δικαιώματα των φυσικών προσώπων και διασφαλίζουμε ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία βρίσκονται στην κατοχή μας συλλέγονται νομίμως για καθορισμένους, με απόλυτο τρόπο σκοπούς, έπειτα από τη συγκατάθεση του φυσικού προσώπου όπου αυτό απαιτείται. Η Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Εταιρείας είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα.
- Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα των φυσικών προσώπων υφίστανται επεξεργασία μόνο για τους σκοπούς για τους οποίους έχουν συλλεχθεί (παροχή ιατρικών υπηρεσιών, διαχείριση ιατρικού φακέλου, ενημέρωση υπηρεσιών), ή/ και για νομικούς και κανονιστικούς λόγους, ή/ και για την προάσπιση του έννομου συμφέροντος του Mediterraneo Hospital ή/και των Θυγατρικών της και δεν υποβάλλονται σε περαιτέρω επεξεργασία πέραν του ορισμένου σκοπού στο πλαίσιο της εν λόγω σύμβασης.
- Στο πλαίσιο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών που σας προσφέρουμε, η παροχή ορισμένων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κρίνεται απαραίτητη για την ολοκλήρωση του σκοπού της υπηρεσίας καθώς και για την εφαρμογή της κείμενης νομοθεσίας. Τα στοιχεία που απαιτούνται σημειώνονται στο παρόν δελτίο με αστερίσκο (\*). Σε περίπτωση που δεν παρέχετε τη δυνατότητα διαχείρισης των απαιτούμενων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η Κλινική ή οι Θυγατρικές της δεν δύναται να σας παρέχει ιατρική-νοσηλευτική συνδρομή.

6. Η Κλινική ή οι Θυγατρικές της δικαιούνται να προβαίνουν σε τηλεφωνική ή, με οιονδήποτε τρόπο, προσωπική επικοινωνία με τους αιτούντες/κατόχους της Κάρτας προς επαλήθευση των ατομικών τους στοιχείων.
7. Τόσο ο Κάτοχος, όσο και τα ορισθέντα από τον ίδιο εξαρτώμενα μέλη, κατά την επίσκεψή τους στην Κλινική ή τις Θυγατρικές της, είναι απαραίτητο να επιδεικνύουν την Κάρτα μαζί με την αστυνομική τους ταυτότητα. Η Κλινική ή οι Θυγατρικές της έχουν δικαίωμα να αρνηθούν την παροχή υπηρεσιών επί τη βάση του εν λόγω εκπαιδευτικού προγράμματος σε πρόσωπα, τα οποία δεν αποδεικνύουν κατά τα ανωτέρω την ιδιότητα του Κατόχου ή εξαρτώμενου μέλους.

Ο/η πατών/ούσα δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για τα προνόμια και τις ειδικές παροχές της Κάρτας και αποδέχομαι ρητά κι ανεπιφύλακτα τους όρους χρήσης της.

#### ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ( σύζυγος ή τέκνα )

1) Επώνυμο\* .....  
 Όνομα\* ..... Φύλο\* .....  
 Όνομα πατρός\* ..... Όνομα μητρός .....  
 Ημερομηνία γέννησης\* ..... Α.Μ.Κ.Α. ....  
 Ασφαλιστικός φορέας .....

Κατοικία  
 Οδός\* ..... Αριθ\* .....  
 Δήμος ..... Τ.Κ\* .....  
 Τηλέφωνο\* ..... Κινητό\* .....  
 e-mail .....

2) Επώνυμο\* .....  
 Όνομα\* ..... Φύλο\* .....  
 Όνομα πατρός\* ..... Όνομα μητρός .....  
 Ημερομηνία γέννησης\* ..... Α.Μ.Κ.Α. ....  
 Ασφαλιστικός φορέας .....

Κατοικία  
 Οδός\* ..... Αριθ\* .....  
 Δήμος ..... Τ.Κ\* .....  
 Τηλέφωνο\* ..... Κινητό\* .....  
 e-mail .....

3) Επώνυμο\* .....  
 Όνομα\* ..... Φύλο\* .....  
 Όνομα πατρός\* ..... Όνομα μητρός .....  
 Ημερομηνία γέννησης\* ..... Α.Μ.Κ.Α. ....  
 Ασφαλιστικός φορέας .....

Κατοικία  
 Οδός\* ..... Αριθ\* .....  
 Δήμος ..... Τ.Κ\* .....  
 Τηλέφωνο\* ..... Κινητό\* .....  
 e-mail .....

Γλυφάδα ...../...../201.....

Ο/η Αιτών/-ούσα

Ολογράφως υπογραφή

**Mediterraneo Hospital**  
 Ηλείας 8-12, Τ.Κ. 16675 Γλυφάδα, Αθήνα.  
 Τηλ.: +30 210 9117000, Fax: +30 2109117150  
 e-mail: info@mediterraneohospital.gr  
 Ιστοσελίδα: www.mediterraneohospital.gr

**Mediterraneo First Care**  
 Ιδιωτικό Πολυϊατρείο Νοτίων Προαστίων  
 Λεωφ. Βουλιαγμένης 85 & Ανθέων, (Εμπορικό Κέντρο City Plaza),  
 Τ.Κ. 166 74, Γλυφάδα, Αθήνα.  
 Τηλ: +30 210 9117900, Fax: +30 210 9117999  
 e-mail: info@mediterraneofc.gr  
 Ιστοσελίδα: www.mediterraneofc.gr

Data Protection Officer, Ηλείας 8-12, Γλυφάδα 16675 Αθήνα, Τηλ.: +30 210 9117000, e-mail: dpo@mediterraneohospital.gr