|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4  к Порядку и условиям предоставления привилегий членам Ростовской областной организации Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации |

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА УЧАСТИЕ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПАРТНЕРСКОЙ ПРОГРАММЕ ИНВИТРО**

**ДЛЯ ЧЛЕНОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФСОЮЗА РАБОТНИКОВ НАРОДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(Фамилия, Имя, Отчество (если имеется))

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **именуемый (ая) в дальнейшем Участник и действующий (ая) от своего имени** |
|  | **именуемый (ая) в дальнейшем Участник в лице**  (Фамилия, Имя, Отчество (если имеется))  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года рождения, (паспорт \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года), зарегистрированного (ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  именуемого (ой) в дальнейшем как **представитель Участника** |

**Настоящим:**

* свободно, своей волей и в своём интересе соглашаюсь стать Участником Специальной партнерской программы ИНВИТРО для членов Ростовской областной организации Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации (далее – Программа) Общества с ограниченной ответственностью «ИНВИТРО-Ростов-на-Дону» (основной государственный регистрационный номер 1086166002702), далее - «Организатор», на условиях, установленных Организатором, позволяющих участнику Программы приобретать медицинские услуги Организатора Программы со скидкой на условиях Общих правил Специальной партнерской программы ИНВИТРО и соответствующим Приложением к ней, устанавливающим порядок и условия предоставления привилегий для членов Партнера;
* подтверждаю, что я ознакомлен с Правилами Программы, в том числе с условиями отказа от участия в Программе; соглашаюсь выполнять Правила Программы;
* подтверждаю, что мне известно условие Правил Программы о том, что любые уведомления об изменении Правил Программы, о ее досрочном прекращении или приостановке считается сделанным мне от имени Организатора, если оно было направлено Организатору по адресу электронной почты: [org@obkomprof.ru](mailto:org@obkomprof.ru);
* обязуюсь самостоятельно отслеживать информацию о Программе и вносимых в нее изменениях посредством обращения к Партнеру Программы, членом которого я являюсь;
* подтверждаю, что мне известно условие Правил Программы о том, что при получении привилегии в рамках Программы (путем предоставления скидки) при оплате заказанных медицинских услуг иные привилегии не предоставляются, начисление бонусных баллов не осуществляется, дополнительные скидки не предоставляются;
* **соглашаюсь** **не соглашаюсь**

получать распространяемые Организатором (и/или третьими лицами, привлекаемыми им для распространения) рекламные материалы и/или иные информационные (в том числе приглашения на участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов) материалы (далее – материалы) (представленные, в том числе в виде СМС- /e-mail-сообщений, иной объективной форме), в том числе с использованием сетей связи (в том числе сетей подвижной радиотелефонной связи), в том числе посредством используемых Участником абонентских номеров и/или электронной почты, в случае указания таковых при заключении договора на оказание медицинских услуг с партнером Организатора и/или в сметах.

Выражая согласие на получение распространяемых Организатором (и/или третьими лицами, привлекаемыми ими для распространения) материалов, Участник выражает согласие на предоставление информации о факте дачи им согласия на получение указанных материалов третьим лицам, в том числе, операторам связи и/или иным уполномоченным лицам, в целях подтверждения данного факта, что повлечет предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия.

* **Поручаю Организатору** Программы в целях и на период моего участия в Программе осуществлять обработку моих персональных данных, в том числе:

1. сбор персональных данных: внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые Организатором Программы для реализации Программы; внесение моих персональных данных в формы документов, используемых Организатором Программы для реализации Программы;
2. хранение персональных данных (как на бумажных носителях так и/или с использованием автоматизированной системы хранения и обработки данных),
3. использование персональных данных (в том числе, путём осуществления рассылок (в том числе, СМС-рассылок) и/или иными способами с использованием и/или без использования сетей подвижной радиотелефонной связи и/или иных сетей связи и/или исключительно автоматизированной обработки персональных данных (автоматизированная обработка персональных данных осуществляется Организатором Программы с использованием средств вычислительной техники, осуществляющей на основании совокупности внесенной информации принятие решений, например, об идентификации участника);
4. предоставление персональных данных участника партнёрам Организатора Программы - юридическим лицам, реализующим услуги лабораторной диагностики населению с использованием товарного знака INVITRO на основании заключённых с Организатором Программы договоров,
5. поручение обработки персональных данных третьим лицам, привлечённым Организатором Программы к реализации Программы, приложением к которому является настоящее согласие (при условии соблюдения режима конфиденциальности). Третьи лица, привлечённые Организатором Программы к реализации Программы, осуществляют в объёме, установленном настоящим согласием, а также условиями Программы обработку персональных данных участников Программы, предоставляемых Организатором Программы.

К персональным данным участника Программы при этом относятся:

* сведения, изложенные в настоящем согласии;
* сведения о приобретённых участником Программы медицинских услугах;
* иные сведения, полученные об участнике Программы в ходе реализации поименованной Программы;

Подтверждаю, что я ознакомлен и согласен с условиями участия в Программе, правом Организатора Программы изменять условия участия как в целом, так и в части, и обязуюсь:

1. выполнять условия Специальной партнерской программы ИНВИТРО для членов Ростовской областной организации Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации;
2. нести ответственность на невыполнение условий Программы.

Подтверждаю, что я уведомлен о правах участника Программы, в том числе о праве в любое время отказаться от участия в Программе:

* отказ оформляется участником по форме, установленной Организатором Программы, с которой можно ознакомиться в медицинских офисах Организатора Программы, и представляется в письменном виде в медицинский офис Организатора Программы, с предъявлением документа, удостоверяющего личность;
* участие участника в Программе прекращается в течение 10 рабочих дней, следующих за днём получения Организатором Программы письменного отказа от участника.

|  |  |
| --- | --- |
| **Участник** Программы **/ представитель Участника** Программы (нужное подчеркнуть)**:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (ФИО) |  |

Расписался в моем присутствии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность работника Организатора Программы) (подпись) (ФИО)