

ADATKÖZLŐ LAP SZTÓMAVISELŐK RÉSZÉRE

Kedves Érintett!

Az alábbi adatlap kitöltésével segíthet bennünket abban, hogy az Ön kiszolgálása még gördülékenyebb, pontosabb és személyre szabottabb legyen. A kitöltés önkéntes, és adatait kizárólag az Ön hozzájárulása alapján, a vonatkozó adatvédelmi előírások szerint kezeljük (GDPR, 2011. évi CXII. tv., 1997. évi XLVII. tv.). Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztatónk elérhető a www.hmspharma.com oldalon.

Kérjük, az alábbiakban adja meg adatait, amelyeket Társaságunk, a HMS Pharma Kft. a következő célokból használ fel az Ön hatékony, biztonságos és kényelmes kiszolgálása érdekében:

- I. **Az I. kategória szerinti adatok** megadása szükséges ahhoz, hogy a megrendelt sztómaterápiás termékeket házhozszállítással eljuttathassuk Önhöz. Ennek megfelelően, ha házhozszállítással kéri a termékeket, akkor ezeket az adatokat (csillaggal jelölve), kérjük, feltétlenül adja meg.
- II. **A II. kategóriába tartozó adatokat** beteggondozási célokra használjuk fel, hogy az Ön sztómatípusának megfelelő gyógyászati segédeszközöket tudjuk biztosítani, tájékoztatni tudjuk az adott sztómatípushoz elérhető új eszközökről és a jövőben esetleg változó igényeinek legmegfelelőbb termékét tudjuk ajánlani, továbbá szükség esetén az eszközhasználattal kapcsolatos kérdésekben felvehessük a kapcsolatot az Önt gondozó szakápolóval és orvossal.
- III. **A III. kategóriába tartozó adatokat** arra használjuk fel, hogy ha megrendelt sztómaterápiás termékekkel kapcsolatban bármilyen kérdés, tisztázandó pont merül fel, és Önnel nem sikerül kapcsolatba lépnünk, akkor megadott hozzátartozójával felvehessük a kapcsolatot

I. Házhozszállítással kapcsolatos kapcsolattartási adatok (házhozszállítás kérése esetén megadásuk kötelező)	
Név*	
TAJ-szám*	
Születési dátum*	
Lakcím*	
Szállítási cím (ha eltér a lakcímétől) *	
Telefonszám*	
E-mail cím*	
II. Beteggondozással kapcsolatos adatok	
Műtét dátuma	
Operáló orvos neve	
Operációt végző egészségügyi intézmény megnevezése)	
Sztóma típusa	☐ Colosztóma ☐ Ileosztóma ☐ Urosztóma

Gondozást végző egészségügyi intézmény megnevezése	
Sztómaterápiás nővér/gondozó neve	
III. Hozzá tartozóra vonatkozó kapcsolati adatok	
Hozzá tartozó neve	
Hozzá tartozó telefonszáma	
Hozzá tartozó e-mail címe	

Dátum:

Aláírás:

Kérjük, hogy a kitöltött és aláírt adatlapot az alábbi címre küldje vissza:
HMS Pharma Kft. 2040 Budaörs, Vasút utca 12.

TÁJÉKOZTATÓ A TERMÉKEK KISZOLGÁLÁSÁRÓL

Ezúton tájékoztatjuk, hogy a Convatec sztómaterápiás eszközök **elsődleges magyarországi forgalmazója a HMS Pharma Kft.**

Székhely: 2724 Újlengyel, Petőfi Sándor utca 48.
Raktározási központ: 2040 Budaörs-Pharmapark, Vasút utca 13.
Adószám: 26316381-2-13
Cégjegyzékszám: 13-09-241236

A termékek használatával, kiszállításával vagy bármilyen egyéb kérdéssel kapcsolatban továbbra is bizalommal fordulhat:

- az Ön megszokott **sztómaterápiás nővérehez, gondozójához vagy kapcsolattartójához**
- **közvetlenül a HMS Pharma ügyfélszolgálatához**, a megszokott, ingyenesen hívható zöldszámon: **06 80 201 201** (Elérhető munkanapokon 8:00–16:00 között)

FONTOS TUDNIVALÓK A KISZÁLLÍTÁSRÓL

A vényen szereplő, TB-támogatott gyógyászati segédeszközöket a **HMS Pharma Kft.** futárszolgálatával juttatja el Önnek.

A kiszállítás előtt minden esetben előzetes tájékoztatást kap a csomagról. Szükség esetén munkatársaink készséggel segítenek a termékek használatával kapcsolatban is.

A házhozszállítás költsége a mindenkorai postai vagy futárszolgálati díjszabás szerint, valamint az érvényes jogszabályokban rögzített beteg térítési díj alapján kerül megállapításra.

ADATKEZELÉssel KAPCSOLATOS TÁJÉKOZTATÁS

Tájékoztatjuk, hogy Társaságunk, a HMS Pharma Kft az adatközlő lapon megadott személyes adatait az ott megjelölt célok érdekében, adatkezelőként kezeli. A HMS Pharma Kft. által végzett adatkezeléssel kapcsolatos részletes Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztató az Önnel kapcsolatban álló sztomaterápiás nővérnél nyomtatott formában, a www.hmspharma.com weboldalon, illetve az alábbi QR-kódot beolvasva elektronikusan elérhető:



Kérjük, hogy az adatközlő lap, valamint az adatkezelési hozzájárulás kitöltése és aláírása előtt figyelmesen olvassa át az Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztatót.

ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÁS

Kijelentem, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos részletes Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztató tartalmát megismertem.

Aláírással hozzájárulok, hogy a **HMS Pharma Kft.** a fent megadott személyes adataimat a hatályos jogszabályoknak és az adatkezelési szabályzatának megfelelően kezelje, és azokat a hozzájárulásom visszavonásáig az alábbi célokra felhasználja:

- sztomaterápiás termékek házhoz szállítása, csomagküldés;
- kapcsolattartás az általam használt sztomaterápiás termékekhez kapcsolódóan, ideértve például a sztomaterápiás termékek használatához szükséges praktikus tanácsokat és a terápiához szükséges kiegészítők körére vonatkozó tájékoztatók küldését, valamint a fogyóban lévő termékekkel kapcsolatos jelzések küldését, illetve telefonos kapcsolattartást a sztomaterápiás termékekkel (pl. termék elérhetőséggel, méret ajánlással) kapcsolatban;
- vények elszámolása a NEAK felé.

Hozzájárulok továbbá, hogy az általam megbízott személy a vényeket a HMS Pharma Kft. részére továbbítsa.

Dátum:

Aláírás:

MEGHATALMAZÁS VÉNYKIVÁLTÁSHOZ

Alulírott

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

TAJ száma:

mint Meghatalmazó,

Meghatalmazom a HMS Pharma Kft. (Székhely: 2724 Újlengyel, Petőfi Sándor utca 48., Adószám: 26316381-2-13, Cégjegyzékszám: 13-09-241236) képviselőjében eljáró, gyógyászati segédeszköz-forgalmazó szakképesítésű

Szabó Beáta, Sajtos Ildikó, Tóth Mária és Décsi-Nagy Viktória vevőszolgálati koordinátorokat,

hogy részemre a **sztomaterápiás termékek**, mint gyógyászati segédeszközök orvosi vény ellenében történő kiváltása és házhozszállítása esetén, az eszköz **kiszállítását egyértelműen igazoló dokumentum (pl. átvételi elismervény, tértivevény vagy szállítólevél) alapján helvettem és nevemben a Kiadási Igazolást aláírja.**

Jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Tudomásul veszem, hogy a HMS Pharma Kft., mint meghatalmazott részéről az általa kijelölt munkavállalói – jelen esetben Szabó Beáta, Sajtos Ildikó, Tóth Mária vagy Décsi-Nagy Viktória – jogosultak eljárni a meghatalmazás teljesítése során.

Jelen meghatalmazás aláírásával Meghatalmazó és Meghatalmazott is hozzájárul ahhoz, hogy a HMS Pharma Kft. a jelen meghatalmazásban foglalt személyes adataikat a törvényben meghatározott ideig kezelje. Meghatalmazó és Meghatalmazott tudomásul veszik, hogy a HMS Pharma Kft. Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztatója a www.hmspharma.com honlapon elérhető.

Dátum:
Meghatalmazó aláírása

A meghatalmazást elfogadom:

.....
Szabó Beáta meghatalmazott
Sajtos Ildikó meghatalmazott

Cím:
Cím:

.....
Tóth Mária meghatalmazott
Décsi-Nagy Viktória meghatalmazott

Cím:
Cím:

Tanúk:

.....
Név:
Cím:
Név:
Cím: