

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΗΣ «Mediterraneo MediGift»**

**Στοιχεία αιτούντος/ούσας - αντισυμβαλλομένου/ης**

Επώνυμο .....

Όνομα..... Φύλο.....

Όνομα πατρός ..... Όνομα μητρός .....

Ημερομηνία γέννησης..... Τόπος γέννησης .....

Α.Μ.Κ.Α..... Ασφαλιστικός φορέας .....

Αριθ. Ταυτότητας ..... Έκδουσα Αρχή .....

Αρ. Διαβατηρίου ..... Χώρα .....

Α.Φ.Μ ..... Δ.Ο.Υ .....

**Κατοικία**

Οδός ..... Αριθ ..... Δήμος .....

Τ.Κ..... Τηλέφωνο ..... Κινητό .....

Επάγγελμα ..... e-mail .....

**Όροι χορήγησης και χρήσης της κάρτας :**

Η Κλινική χορηγεί στον/στην αιτούντα/ούσα - αντισυμβαλλόμενο/η (στο εξής «ο Κάτοχος») την κατόπιν επιλογής του ατομική ή οικογενειακή, εκπρωτική 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 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 εκπρωτικά 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.

5. Ο Κάτοχος δηλώνει ότι ενημερώθηκε και αποδέχεται ότι η Κλινική δύναται να χρησιμοποιήσει τα στοιχεία του, όπως αυτά αναγράφονται στην παρούσα αίτηση (διατηρώντας τα σε βάση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2472/1997, «περί προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα»), για τις ανάγκες αποστολής ενημερωτικών εντύπων για τις νέες παροχές, υπηρεσίες και εφαρμογές της Κλινικής, 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.

6. Η Κλινική δικαιούται να προβαίνει 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, είναι απαραίτητο να επιδεικνύουν την Κάρτα μαζί με την αστυνομική τους ταυτότητα. Η Κλινική έχει δικαίωμα να αρνηθεί την παροχή υπηρεσιών επί τη βάση του εν λόγω εκπρωτικού προγράμματος σε πρόσωπα, τα οποία δεν αποδεικνύουν κατά τα ανωτέρω την ιδιότητα του Κατόχου ή εξαρτώμενου μέλους.

Ο/η αιτών/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

Επώνυμο	Όνομα	Ιδιότητα

Γλυφάδα ...../...../2015

Ο/η Αιτών/-ούσα

Ολογράφως υπογραφή