**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΠΡΟΝΟΜΙΩΝ**

**ΜΕΛΩΝ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**

**HELLENIC HEALTHCARE GROUP – DIAPLASIS - CITY HOSPITAL**

Η Επιχείρηση …………………………………………………………………………………………………………………………… με έδρα …………………………………………………………………………………………………………………………………………., ΑΦΜ: ………………………………………………………………. και αριθμό Γ.Ε.ΜΗ.: ……………………………………………, δ/νση e-mail ……………………………………… με Νόμιμο Εκπρόσωπο τον/την …………………………………………………………………………………………. δηλώνω πως επιθυμώ την έκδοση της κάρτας προνομίων υγείας του Hellenic Healthcare Group και των συνεργαζόμενων ιδιωτικών κέντρων παροχών υπηρεσιών υγείας DIAPLASIS και CITY HOSPITAL **χωρίς αντίτιμο, μέσω της οποίας μου παρέχονται προνόμια πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και εκπτώσεις**, για …………………….(αριθμός) μέλη της διοίκησης και του προσωπικού της επιχείρησης.

Ενημερώθηκα και συναινώ για τη χρήση των ανωτέρω δεδομένων μου, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την έκδοση και παραλαβή της κάρτας, και τα οποία δύνανται να αποθηκευτούν με τη μορφή λίστας στα Θεραπευτήρια του Hellenic Healthcare Group και τα συνεργαζόμενα ιδιωτικά κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας DIAPLASIS και CITY HOSPITAL, με μοναδικό σκοπό την εξασφάλιση των συμφωνημένων προνομίων.

Αναφορικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων, ενημερώθηκα πως διατηρώ ανά πάσα στιγμή τη δυνατότητα να ασκήσω τα προβλεπόμενα από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, συμπλήρωσης, διαγραφής, περιορισμού, εναντίωσης, φορητότητας και να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου (χωρίς αναδρομική ισχύ), μέσω ηλεκτρονικής επικοινωνίας στο [dataprotection@metropolitan-hospital.gr](mailto:dataprotection@metropolitan-hospital.gr) & [hr@diaplasis.eu](mailto:hr@diaplasis.eu) προς τους Υπεύθυνους Προστασίας Δεδομένων.

Ημερομηνία:

Σφραγίδα / Υπογραφή: