

**Informavimas apie Jūsų asmens duomenų tvarkymą paslaugų teikimo tikslais:**

Kodas \_\_\_\_\_

- Remiantis asmens duomenų tvarkymo pakeitimais, nurodytais 2018 m. gegužės 25 d. įsigaliojusiame Bendrajame duomenų apsaugos reglamente, informuojame, kad UAB „Medical Progress“, įmonės kodas: 126422910, registracijos adresas: Kalvarijų g. 29B-29, LT-09313 Vilnius, el.paštas: [info@medicalprogress.lt](mailto:info@medicalprogress.lt), kontaktinis tel.: 865263181 (toliau – Bendrovė), savo klientų duomenis tvarko šiais tikslais: asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, kliento identifikavimo ir asmens duomenų saugojimo, rinkodaros bei paslaugų teikimo kokybės apklausų bei santykių su klientu palaikymui. Plačiau su asmens duomenų tvarkymu kviečiame susipažinti Bendrovės asmens duomenų valdymo tvarkos apraše, kurios aktualią redakciją galite rasti [www.medicalprogress.lt](http://www.medicalprogress.lt)
- Klientas užtikrina, jog pateikti duomenys yra pilni ir teisingi. Nepilni ar netiksliai pateikti jūsų duomenys gali apsunkinti Bendrovės teikiamų paslaugų teikimą.
- Bendrovės surinkti duomenys saugomi spausdintiniuose dokumentuose ir informacinėse sistemose. Asmens duomenys tvarkomi ne ilgiau, negu to reikia duomenų tvarkymo tikslams pasiekti.
- Informuojame, kad Jūs turite teises: susipažinti su savo asmens duomenimis ir jų tvarkymu, reikalauti ištaisyti, papildyti, sunaikinti duomenis arba apriboti savo asmens duomenų tvarkymą, taip pat teisę į duomenų perkeliamumą. Klientas, dėl savo teisių įgyvendinimo gali kreiptis elektroniniu paštu [info@medicalprogress.lt](mailto:info@medicalprogress.lt). Atsakymas į kliento užklausą bus pateiktas per 21 darbo dieną nuo prašymo pateikimo datos.

Vardas

Ar anksčiau nešiojote akinius:  TAIP  NE

Pavardė

Gimimo metai  m Asmens kodas:

*\*pildoma tik, kai suteikiama asmens sveikatos priežiūros paslauga*

Tel.

El. paštas

**Su informacija susipažinau ir užtikrinu, jog mano pateikti asmens duomenys arba mano vaiko/globotinio asmens duomenys yra teisingi.**

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Vardas, pavardė, parašas

SUTINKU  NESUTINKU (pažymėti varnele), kad mano vaikui/globotiniui būtų suteikiamos regėjimo patikrinimo paslaugos

\_\_\_\_\_  
Tėvų ar globėjo statusą turinčio asmens Vardas, Pavardė, Parašas

- Bendrovė teikia Jūsų asmens duomenis kitiems gavėjams, jei tam yra konkretus numatytas tikslas: jei klientas kreipėsi su siuntimu – valstybinei ar teritorinei ligonių kasai, jei klientas sutinka arba ketina pasinaudoti draudimo ar lizingo bendrovės paslaugomis – draudimo ar lizingo bendrovei (savo sutikimą pažymėkite varnele žemiau).

SUTINKU  NESUTINKU (pažymėti varnele), kad mano duomenys būtų perduodami draudimo bendrovėms.

**Sutikimas dėl asmens duomenų tvarkymo tiesioginės rinkodaros tikslais:**

- Esu informuotas (-a), kad Bendrovė mano pateiktus asmens duomenis gali naudoti tiesioginės rinkodaros tikslais, t.y. kreiptis į mane su tikslu:
  - Teikti man asmeninius pasiūlymus 1 kartą per kalendorinius metus;
  - Teikti man informaciją apie bendrovės teikiamas paslaugas, naujienas;
  - Sužinoti mano nuomonę apie (įvertinti) teikiamų paslaugų kokybę.
- Esu informuotas, kad kliento nuomonės tyrimą mano nurodytu el.paštu vykdys viešosios nuomonės tyrimų agentūra.
- Informaciją noriu gauti (pažymėkite varnele):
  - SMS  El. paštu
- Tiesioginės rinkodaros tikslais Jūsų duomenis tvarkysime ne ilgiau kaip 5 (penkis) metus.
- Atsisakyti dalyvauti lojalumo programoje galite viršuje esančiais Bendrovės kontaktais.

Pažymėkite varnele:

SUTINKU  NESUTINKU, kad mano asmens duomenys būtų tvarkomi tiesioginės rinkodaros informacijai gauti:

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Parašas