



WORLD PHARMACISTS- CYPRUS

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ- ΚΥΠΡΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ.

ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΕΛΛΕΙΠΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Η/ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΕΣ

I. Α ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ (ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ)

Επώνυμο: Όνομα:

Διεύθυνση κατοικίας:

Υπηκοότητα:.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....

Δικαιούχος ΓΕΣΥ : ΝΑΙ / ΟΧΙ (κυκλώστε)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Παρακαλώ σημειώστε ότι ισχύει) :

Μονήρης Εξαρτώμενα τέκνα (αριθμός):.....

Παντρεμένος Εξαρτώμενα τέκνα (αριθμός):.....

Εξαρτώμενο μέλος/η.....

Άλλο.....

I. Β ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ (να συμπληρωθεί σε περίπτωση που η αίτηση γίνεται από άλλο άτομο εκ μέρους του δικαιούχου)

Επώνυμο: Όνομα

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Ιδιότητα (Σχέση με τον υποψήφιο):

II. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σημειώστε με **V** ότι ισχύει

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | A) Εργαζόμενος, Επάγγελμα:..... |
| <input type="checkbox"/> | B) Άνεργος/Άπορος |
| <input type="checkbox"/> | Γ) Λήπτης Δημοσίου Βοηθήματος * |
| <input type="checkbox"/> | Δ) Συνταξιούχος |
| <input type="checkbox"/> | Ε) Άλλο (διευκρινίστε)..... |

IV. ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ:

Σημειώστε με **V** ότι ισχύει

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A) Φάρμακα* (είδος, ποσότητα): |
| | 1)..... |
| | 2)..... |
| | 3)..... |
| | 4)..... |
| <input type="checkbox"/> | B) Άλλα Είδη**. Παρακαλώ Διευκρινίστε: |
| | 1)..... |
| | 2)..... |
| | 3)..... |
| | 4)..... |

* Η παρούσα αίτηση θα πρέπει να συνοδεύεται από ιατρική βεβαίωση ή/και συνταγή που να τεκμηριώνει την χρήση των φαρμάκων. Ελλιπείς αιτήσεις μπορεί να συμβάλουν στην μη ικανοποίηση ή καθυστερημένη ικανοποίηση του αιτήματός σας.

**Για τυχόν άλλες ανάγκες, δώστε τις απαραίτητες πληροφορίες.

VII. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

*Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Τα προσωπικά μου στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου με απόλυτη εχεμύθεια. Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης ή οποιωνδήποτε άλλων στοιχείων της παρούσας αίτησης **υποχρεούμαι να ενημερώσω** την Οργάνωση των Φαρμακοποιών του Κόσμου- Κύπρου στην οποία έχω υποβάλει την αίτησή μου. **Εξουσιοδοτώ** την Οργάνωση να εξασφαλίσει ή/και διασταυρώσει από οποιαδήποτε Κυβερνητική Υπηρεσία, Αρχή ή Φορέα οποιαδήποτε στοιχεία ή/και πληροφορίες που σχετίζονται με την οικονομική μου κατάσταση και είναι αναγκαία για την εξέταση της αίτησής μου.*

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

VIII. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ / ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ (Σημειώστε ✓ σε ότι σας αναλογεί)		
	<u>ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ</u>	✓
1	Ταυτότητα του αιτητή/της αιτήτριας καθώς και των εξαρτώμενων μελών (αντίγραφο)	
2	Βεβαίωση λήψης Δημόσιου Βοηθήματος (ΕΕΕ) η οποία εκδίδεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας (να επισυνάπτεται απόκομμα του τελευταίου ποσού λήψης)	
3	Ιατρική βεβαίωση ή/και συνταγή	
	<u>ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ</u>	✓
4	Βεβαίωση εγγραφής στο Γραφείο Εργασίας ή Κάρτα ανεργίας	
5	Αντίγραφο άδειας παραμονής στην Κύπρο (για αλλοδαπούς)	

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΠΟΙΩΝ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ-ΚΥΠΡΟΥ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΑΠΟΦΑΣΗ: ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ/ΑΠΟΡΡΙΠΤΕΤΑΙ

.....

Ημερομηνία

.....

Υπογραφή

Το έντυπο μπορεί να αποστέλλεται ηλεκτρονικά στο worldpharmacists@gmail.com, ή με τηλεομοιότυπο στον αριθμό 22730344 ή ταχυδρομικώς στην διεύθυνση Φαρμακοποιοί του Κόσμου-Κύπρου, Κυκλαμίνων 5^Α, Λακατάμια , 2322. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να καλείτε στο τηλ. 70009818



ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Στη βάση υποχρέωσης από το Νόμο για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, διασφαλίζουμε ότι η φύλαξη και η επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων ή/και άλλων πληροφοριών που με την δική σας συγκατάθεση δηλώνονται στο «Έντυπο για Παροχή Στήριξης» προς την Οργάνωση «Φαρμακοποιοί του Κόσμου-Κύπρου», συμμορφώνονται με τις προϋποθέσεις του Νόμου.

Τέτοια προσωπικά δεδομένα συμπεριλαμβάνουν πληροφορίες ή/και έγγραφα ή πιστοποιητικά ή ιατρικές βεβαιώσεις ή ιατρικές συνταγές που έχουν υποβληθεί από εσάς κατά την υποβολή αιτήματος μέσω του «Έντυπου για Παροχή Στήριξης» προς την Οργάνωση.

Αποδέκτες των δεδομένων είναι τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου (ΔΣ) της Οργάνωσης ή/και άλλα μέλη τα οποία διορίζονται από το ΔΣ για την εξέταση των αιτημάτων για παροχή στήριξης.

Σύμφωνα και με τις πρόνοιες του νόμου όλες οι προσωπικές σας πληροφορίες θα τηρούνται απόρρητες σε ασφαλές Αρχείο και θα τυγχάνουν εμπιστευτικής μεταχείρισης. Οποιαδήποτε πληροφορία σας αφορά δεν θα αποκαλύπτεται σε τρίτα πρόσωπα, εκτός στις περιπτώσεις που ο Νόμος το επιτρέπει ή/και όταν η αποκάλυψη γίνεται με δική σας παράκληση ή με τη γραπτή συγκατάθεσή σας.

Τα προσωπικά σας στοιχεία, δηλαδή το όνομα, η διεύθυνση και άλλα αναγνωριστικά στοιχεία, θα παραμείνουν εμπιστευτικά στο βαθμό που επιτρέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία. Η αναφορά στο άτομό σας θα γίνεται μόνο με έναν κωδικό αριθμό. Μόνο εξουσιοδοτημένο μέλος του Δ.Σ. θα μπορεί να συνδέσει τον κωδικό σας αριθμό με το όνομά σας και οι πληροφορίες αυτές θα τηρούνται για όσο χρόνο το απαιτεί η Νομοθεσία.

Με το πέρας αυτής της χρονικής περιόδου όλα τα δεδομένα του προσωπικού σας Αρχείου θα καταστρέφονται με τον ενδεδειγμένο τρόπο.

Η Οργάνωση θα λαμβάνει κάθε αναγκαίο μέτρο για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία από κακόβουλη πρόσβαση / διάδοση και κάθε άλλη αθέμιτη επεξεργασία.

Εγώ, ο/η, με αριθμό δελτίου ταυτότητας/διαβατηρίου συγκατατίθεμαι στην τήρηση και επεξεργασία των απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου με σκοπό την εξέταση αιτήματός μου προς την Οργάνωση για

παροχή στήριξης, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου με απόλυτη εχεμύθεια.

Αποδέκτες των δεδομένων είναι τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου (ΔΣ) της Οργάνωσης ή/και άλλα μέλη τα οποία διορίζονται από το ΔΣ για την εξέταση των αιτημάτων για παροχή στήριξης.

Γνωρίζω ότι μπορώ οποιαδήποτε στιγμή να ανακαλέσω τη συγκεκριμένη συγκατάθεσή με σχετική δήλωσή μου προς την Οργάνωση, εκτός και αν τέτοια τήρηση αρχείου (μου) είναι υποχρεωτική από το Νόμο.

Για οποιαδήποτε πληροφορία ή άσκηση οποιουδήποτε δικαιώματός μου γνωρίζω ότι μπορώ να επικοινωνήσω τηλεφωνικά στον τηλεφωνικό αριθμό 70009818, ή στην ηλ. διεύθυνση worldpharmacists@gmail.com.

Συμφωνώ με τα πιο πάνω: **ΝΑΙ / ΟΧΙ**

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:.....

Ημερομηνία:.....

Το έντυπο μπορεί να αποστέλλεται ηλεκτρονικά στο worldpharmacists@gmail.com, ή με τηλεμοιότυπο στον αριθμό 22730344 ή ταχυδρομικώς στην διεύθυνση Φαρμακοποιεί του ΚόσμοΚύπρου, Κυκλαμίνων 5^Α, Λακατάμια , 2322. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να καλείτε στο τηλ. 70009818