Приложение 1

Комплекс лабораторных исследований «№ ОБС46 Ежегодное профилактическое обследование»:

– № 119 Лейкоцитарная формула (дифференцированный подсчет лейкоцитов, лейкоцитограмма, Differential White Blood Cell Count) с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов;
– №5 Анализ крови. Общий анализ крови (без лейкоцитарной формулы и СОЭ) (Complete Blood Count, CBC);
– № 139 СОЭ (Скорость Оседания Эритроцитов, ESR);
– № 16 Глюкоза (в крови) (Glucose);
– № 28 Общий белок (в крови) (Protein total);
– № 153 Гомоцистеин (Homocysteine);
– № 13 Билирубин общий (Bilirubin total);
– № 14 Билирубин прямой (Билирубин конъюгированный, связанный; Bilirubin direct);
– № 30 Триглицериды (Triglycerides);
– № 31 Холестерин общий (холестерин, Cholesterol total)
– № 32 Холестерин-ЛПВП (Холестерин липопротеинов высокой плотности, HDL Cholesterol);
– № 33 Холестерин-ЛПНП (Холестерин липопротеинов низкой плотности, ЛПНП, Cholesterol LDL);
– № NHDL Холестерин не-ЛПВП (Холестерин, не связанный с липопротеинами высокой плотности, не-ЛПВП, non-HDL cholesterol, non-HDL);
– № 8 АлАТ (АЛТ, Аланинаминотрансфераза, аланинтрансаминаза, SGPT, Alanine aminotransferase);
– № 9 АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза, AST, SGOT, Aspartate aminotransferase);
– № 15 Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ, глутамилтранспептидаза, GGT, Gamma-glutamyl transferase);
– № 22 Креатинин (в крови) (Creatinine);
– № 26 Мочевина (в крови) (Urea);
– № 55 Тироксин свободный (Т4 свободный, Free Thyroxine, FT4);
– № 56 Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин, Thyroid Stimulating Hormone, TSH);
– № 116 Анализ мочи общий (Анализ мочи с микроскопией осадка).

Приложение 2

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских офисов компании «Инвитро», участвующих в Программе

Населённый пункт	АДРЕС МО
Азов	Ростовская область, г. Азов, ул. Ленина, д. 81.
Азов	Ростовская область , г. Азов, ул. Московская 292
Аксай	Ростовская область, г. Аксай, ул. Ленина, д. 29
Батайск	Ростовская область, г. Батайск, ул. Кирова, д. 18 / ул. Энгельса, д. 184
Волгодонск	Ростовская область, г. Волгодонск, ул. Ленина, д. 103
Гуково	Ростовская область, г. Гуково, ул. Карла Маркса, д. 77А
Донецк	Ростовская область, г. Донецк, проспект Мира, д. 142
Каменск-Шахтинский	Ростовская область, г. Каменск-Шахтинский, ул. Щаденко, дом 156А
Каменоломни	Ростовская область, р.п. Каменоломни, улица Крупской, 59А
Миллерово	Ростовская область, Миллеровский район, г. Миллерово, пер. Коммунальный, д. 5
Новочеркасск	Ростовская область, г. Новочеркасск, ул. Московская, д. 68
Новочеркасск	Ростовская область, г. Новочеркасск, ул. Мацоты, д. 32
Новошахтинск	Ростовская область, г. Новошахтинск, проспект Ленина, д.32
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, проспект Буденновский, д. 11/54
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, проспект Стачки, д. 26
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, проспект 40-летия Победы, д. 89
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, переулок Днепровский, д. 105/98
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, ул. Ерёменко, д. 97/29
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, проспект Ленина, д. 44/6
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, проспект Космонавтов, д. 6/13
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д. 29А
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, улица Зорге, дом 52
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, улица Таганрогская, д. 143
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, Микрорайон Красный Аксай, Богданова, 79
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, ул. Миронова, д. 10
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, пр-т Михаила Нагибина, д.49
Ростов-на-Дону	г. Ростов-на-Дону, улица Текучева, дом 143
Сальск	Ростовская область, город Сальск, улица Свободы, дом 60
Таганрог	Ростовская область, город Таганрог, улица Дзержинского, дом 154-3
Таганрог	Ростовская область, город Таганрог, переулок Гоголевский, дом 18 / улица Кузнечная, д. 1
Шахты	Ростовская область, город Шахты, улица Советская, дом 184

Приложение 3

Купон для получения скидки в медицинских офисах компании «Инвитро», участвующих в Программе

Приложение 4
к Порядку и условиям предоставления привилегий членам Ростовской областной организации Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА УЧАСТИЕ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПАРТНЕРСКОЙ ПРОГРАММЕ ИНВИТРО
ДЛЯ ЧЛЕНОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФСОЮЗА РАБОТНИКОВ НАРОДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«___» _____ 20__ года

_____
(Фамилия, Имя, Отчество (если имеется))
«___» _____ 20____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

_____
_____,
тел. _____, e-mail _____.

☐	**именуемый (ая) в дальнейшем Участник и действующий (ая) от своего имени**
☐	**именуемый (ая) в дальнейшем Участник в лице** _____ (Фамилия, Имя, Отчество (если имеется)) «___» _____ 20____ года рождения, (паспорт _____ _____, выданный _____ «___» _____ 20__ года), зарегистрированного (ой) по адресу: _____, _____ _____, тел. _____, e-mail _____, действующего на основании _____ _____, именуемого (ой) в дальнейшем как **представитель Участника**

Настоящим:

- свободно, своей волей и в своём интересе соглашаюсь стать Участником Специальной партнерской программы ИНВИТРО для членов Ростовской областной организации Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации (далее – Программа) Общества с ограниченной ответственностью «ИНВИТРО-Ростов-на-Дону» (основной государственный регистрационный номер 1086166002702), далее - «Организатор», на условиях, установленных Организатором, позволяющих участнику Программы приобретать медицинские услуги Организатора Программы со скидкой на условиях Общих правил Специальной партнерской программы ИНВИТРО и соответствующим Приложением к ней, устанавливающим порядок и условия предоставления привилегий для членов Партнера;
- подтверждаю, что я ознакомлен с Правилами Программы, в том числе с условиями отказа от участия в Программе; соглашаюсь выполнять Правила Программы;
- подтверждаю, что мне известно условие Правил Программы о том, что любые уведомления об изменении Правил Программы, о ее досрочном прекращении или приостановке считается сделанным мне от имени Организатора, если оно было направлено Организатору по адресу электронной почты: org@obkomprof.ru;
- обязуюсь самостоятельно отслеживать информацию о Программе и вносимых в нее изменениях посредством обращения к Партнеру Программы, членом которого я являюсь;
- подтверждаю, что мне известно условие Правил Программы о том, что при получении привилегии в рамках Программы (путем предоставления скидки) при оплате заказанных медицинских услуг иные

привилегии не предоставляются, начисление бонусных баллов не осуществляется, дополнительные скидки не предоставляются;

- ☐ **соглашаюсь** ☐ **не соглашаюсь**
получать распространяемые Организатором (и/или третьими лицами, привлекаемыми им для распространения) рекламные материалы и/или иные информационные (в том числе приглашения на участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов) материалы (далее – материалы) (представленные, в том числе в виде СМС- /e-mail-сообщений, иной объективной форме), в том числе с использованием сетей связи (в том числе сетей подвижной радиотелефонной связи), в том числе посредством используемых Участником абонентских номеров и/или электронной почты, в случае указания таковых при заключении договора на оказание медицинских услуг с партнером Организатора и/или в сметах.
Выражая согласие на получение распространяемых Организатором (и/или третьими лицами, привлекаемыми ими для распространения) материалов, Участник выражает согласие на предоставление информации о факте дачи им согласия на получение указанных материалов третьим лицам, в том числе, операторам связи и/или иным уполномоченным лицам, в целях подтверждения данного факта, что повлечет предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия.

- **Поручаю Организатору** Программы в целях и на период моего участия в Программе осуществлять обработку моих персональных данных, в том числе:
  а) сбор персональных данных: внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые Организатором Программы для реализации Программы; внесение моих персональных данных в формы документов, используемых Организатором Программы для реализации Программы;
  б) хранение персональных данных (как на бумажных носителях так и/или с использованием автоматизированной системы хранения и обработки данных),
  в) использование персональных данных (в том числе, путём осуществления рассылок (в том числе, СМС-рассылок) и/или иными способами с использованием и/или без использования сетей подвижной радиотелефонной связи и/или иных сетей связи и/или исключительно автоматизированной обработки персональных данных (автоматизированная обработка персональных данных осуществляется Организатором Программы с использованием средств вычислительной техники, осуществляющей на основании совокупности внесенной информации принятие решений, например, об идентификации участника);
  г) предоставление персональных данных участника партнёрам Организатора Программы - юридическим лицам, реализующим услуги лабораторной диагностики населению с использованием товарного знака INVITRO на основании заключённых с Организатором Программы договоров,
  д) поручение обработки персональных данных третьим лицам, привлечённым Организатором Программы к реализации Программы, приложением к которому является настоящее согласие (при условии соблюдения режима конфиденциальности). Третьи лица, привлечённые Организатором Программы к реализации Программы, осуществляют в объёме, установленном настоящим согласием, а также условиями Программы обработку персональных данных участников Программы, предоставляемых Организатором Программы.

К персональным данным участника Программы при этом относятся:
- сведения, изложенные в настоящем согласии;
- сведения о приобретённых участником Программы медицинских услугах;
- иные сведения, полученные об участнике Программы в ходе реализации поименованной Программы;

Подтверждаю, что я ознакомлен и согласен с условиями участия в Программе, правом Организатора Программы изменять условия участия как в целом, так и в части, и обязуюсь:
а) выполнять условия Специальной партнерской программы ИНВИТРО для членов Ростовской областной организации Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации;
б) нести ответственность на невыполнение условий Программы.

Подтверждаю, что я уведомлен о правах участника Программы, в том числе о праве в любое время отказаться от участия в Программе:
- отказ оформляется участником по форме, установленной Организатором Программы, с которой можно ознакомиться в медицинских офисах Организатора Программы, и представляется в письменном виде в медицинский офис Организатора Программы, с предъявлением документа, удостоверяющего личность;
- участие участника в Программе прекращается в течение 10 рабочих дней, следующих за днём получения Организатором Программы письменного отказа от участника.

Участник Программы **/ представитель Участника** Программы (нужное подчеркнуть)**:** _____ (ФИО)	
_____/_____/ (ФИО)	

Расписался в моем присутствии:

_____

(должность работника Организатора Программы) (подпись)