

Предложение на участие в проекте
«Поддержка лабораторной диагностики Спинальной мышечной атрофии»

1. АО «Астон Консалтинг» ОГРН 1057746447197, адрес места нахождения ул. Малая Ордынка, дом 39, стр. 1., этаж 4, помещение I, комната 2, г. Москва, РФ, 115184 (далее «Оператор») выступает организатором проекта поддержки лабораторной диагностики Спинальной мышечной атрофии (далее «Проект»).
2. Настоящее предложение (далее «Предложение») в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой и адресовано неограниченному кругу лиц из числа медицинских работников, наблюдающих пациентов с указанным заболеванием.
3. Участником Проекта может быть медицинский работник, который, действуя в интересах своих пациентов, может обратиться к Оператору за организацией исследования биологического материала в одной из лабораторий Российской Федерации.
4. Участие в проекте осуществляется на добровольной основе и носит безвозмездный характер, как для медицинского работника, так и для его пациента.
5. Для участия в Проекте медицинский работник регистрируется на сайте Оператора (п.12 данного Предложения).
6. Оператор на своем сайте организует личный кабинет медицинского работника и предоставляет к нему доступ посредством логина и пароля.
7. Опции по проведению исследования и необходимые инструкции по подготовке образцов для исследования будут доступны в личном кабинете.
8. Участник Проекта может воспользоваться телефоном горячей линии 8-800-100-17-35 для уточнения деталей взаимодействия с Оператором.
9. Поскольку Оператор в рамках проекта взаимодействует с различными организациями, то медицинский работник соглашается с тем, что его персональные данные в строго определенном объеме, необходимом для достижения целей Проекта, могут быть переданы организациям, с которыми Оператор имеет договорные отношения.
10. Настоящее Предложение составлено в виде электронного документа и согласие с ним осуществляется медицинским работником посредством заполнения регистрационной формы, приводимой в п. 12 Предложения.
11. Медицинский работник вправе отказаться от участия в Проекте, оставив незаполненной регистрационную форму, либо посредством уведомления Оператора в личном кабинете за один месяц до предполагаемого срока окончания участия в Проекте.
12. Регистрационная форма
Участник Проекта
Фамилия:
Имя:
Отчество:
Телефон:
Электронная почта:
ЛПУ:
Город:
Адрес ЛПУ:
Специальность:
Уточните, пожалуйста, откуда вы узнали о проекте (информационная рассылка, конференция, интернет, от коллег (мед. сотрудников), другое)?: