

香港藥學服務基金

Cosentyx[®]可善挺[®]「長打長友」資助計劃 (私家診所及私家醫院)

申請表

(由本基金會填寫)

個案編號：_____ 收表日期：_____ 私家醫院 私家診所

申請確認信 藥物換領信 _____ 確認收取藥物換領信 _____

收集個人資料聲明書 (閣下需知)

個人資料條款：我們尊重閣下的私隱，並遵守香港法例《個人資料(私隱)條例》的規定。

感謝閣下向我們提供個人資料。閣下向我們提供個人資料表示閣下同意我們為了確認閣下符合本計劃資格及核對參加者身份，以跟進本資助計劃的申請與服務，在香港收集、使用、儲存及處理此等資料。閣下的個人資料將會被保密。

閣下有權以書面聯絡香港藥學服務基金 (info@pcfhk.org) 要求查詢我們所持有有關閣下的個人資料，並修訂或更正有關資料。所有收到之文件我們一概恕不退還。

如有任何查詢，歡迎致電 2979 0380 與我們聯絡。

申請人個人資料 (所有項目必需填寫)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

香港身份證號碼 (首 4 位字母及數字)：_____

或 居住地身份證或護照號碼 (首 4 位字母或數字)：_____

香港聯絡電話號碼：_____ 電郵地址：_____

你從哪裡購買 Cosentyx[®]可善挺[®]?

私家醫生診所：醫生名稱 _____

私家醫院：
醫院名稱 _____ 醫生名稱 _____

其他資料

你從哪裡得知此資助計劃? (可選多於一個選項)

香港銀屑病友會 香港銀屑護關會 B27 協進會 香港強脊會 其他病友

主診醫生 護士 報章雜誌 網上平台 社交媒體

其他，請註明：_____

聲明

1. 本資助計劃招募日期由 2021 年 11 月 1 日起至 2022 年 12 月 31 日，計劃完成日必需於 2023 年 6 月 30 日或之前。在此計劃期間，本人需出示由私家風濕科或皮膚科 專科醫生填寫並蓋印的 Cosentyx®可善挺®150 毫克的購買紀錄，以獲得每購買 5 針免費領取 Cosentyx®可善挺®150 毫克 1 盒的資助。本人明白每名申請人每年最多可領取 5 次資助（即總共 5 支免費針藥），免費藥物將會經由申請人所屬診所(私家診所病人)或本會「配安心藥房」(私家醫院病人)發放。資助詳情請參閱本資助計劃的小冊子。
2. 本人同意香港藥學服務基金處理、使用及查閱本人所提供的資料，以確保所有資料均為完整及屬實，並可以透過電話或郵件就此計劃與本人聯絡，以跟進本資助計劃的申請與服務。
3. 本人明白本計劃的資助僅提供予合資格的申請人的個人名義，不得冒用或盜用他人資料。本人聲明上述填報資料及所提供的相關證明文件均屬完整及真確無訛。本人了解如有故意隱瞞任何有關資料或誤導香港藥學服務基金以獲得資助，香港藥學服務基金絕對有權終止及撤回任何資助，並保留追究權利。
4. 有關本人申請此項計劃的資料如有任何更改，本人需主動聯絡香港藥學服務基金作出更新。
5. 本人了解在申請此項計劃所提供的一切資料，只作評核申請資格及改善此計劃用途。本人了解本人可隨時以書面通知香港藥學服務基金取消本人的有關申請，並拒絕香港藥學服務基金進一步處理本人的資料。
6. 本人了解香港藥學服務基金有權要求提供進一步資料和證明文件、約見本人，以跟進本資助計劃的申請與服務。
7. 本資助計劃特別為已經處方 Cosentyx®可善挺®而又符合申請資格的病人而設。唯有本人的醫生方能為本人作出準確的診斷及提供適當的治療。如對個別藥物有任何問題，本人會諮詢本人醫生的專業意見。本人的一切處方由本人的醫生獨立決定。香港藥學服務基金並不偏重或推薦任何藥物。
8. 本人明白本人必須於收到香港藥學服務基金通知後 12 星期內，到「配安心藥房」領取藥物換領信或藥物，逾時將不獲補發。本人同意接受藥物換領信的條款。
9. 本人了解若在資助計劃期間終止 Cosentyx®可善挺®治療，資助亦會同時終止。
10. 本人了解在傳遞個人資料時，有機會在過程中被第三者竊取。如因此引致損失，香港藥學服務基金會將不會負責。香港藥學服務基金只會保存本人的個人資料至此計劃完畢後兩年。
11. 本人了解香港藥學服務基金保留審批及此資助計劃的最終決定權，並可以拒絕任何申請而無須給予任何理由。
12. 本人明白本資助計劃乃瑞士諾華製藥(香港)有限公司支持。本人了解香港藥學服務基金或瑞士諾華製藥(香港)有限公司有權隨時停止提供藥物資助或更改藥物資助的方式。香港藥學服務基金會根據所適用的個人資料保護法，包括但不限於《個人資料(私隱)條例》(第 486 章) 嚴謹行事，確保申請人的個人資料絕對保密，並按本計劃的條款及細則處理所有申請文件及個人資料。本人同意香港藥學服務基金處理申請所需的個人資料和文件，以跟進本資助計劃的申請與服務。由於本資助計劃乃瑞士諾華製藥(香港)有限公司的支持，申請人同意香港藥學服務基金會把匿名後的申請記錄及/或報告提交給瑞士諾華製藥(香港)有限公司以作對帳和驗證的目的。另外，如本人提供任何關於相關藥物的不良事件反應的資料，本人同意有關資料將會轉移瑞士諾華製藥(香港)有限公司及其附屬或相聯公司作為不良副作用報告及監察之用途，將被轉移的個人資料包括病人資料(姓名及性別)、藥物資料及不良副作用。

本人明白和同意接受以上所有條款後簽署

申請人簽署：_____ 日期：_____