RICHIESTA CAMPIONI GRATUITI PER STOMIA

FAX VERDE **800-003760**

Questa campionatura copre le Sue necessità immediate dopo la dimissione e permette di provare i prodotti **Hollister** consigliati dall'Operatore Sanitario di fiducia.
Consigliamo di rivolgersi alla ASL al più presto, per poter avere la fornitura completa dei prodotti prescritti ai quali Lei ha diritto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
Per ulteriori informazioni contatti l'Operatore Sanitario di fiducia o il nostro Numero Verde 800-836088.
*I campi contrassegnati con asterisco sono obbligatori

Nome* ..... Cognome* .....

Residente in Via / Piazza* .....

Città* ..... Prov.* ..... Cap* .....

Telefono ..... Cellulare* .....

@E-mail ..... Data di nascita ..... M ☐ F ☐

Nome sul campanello (se diverso) .....

Indirizzo alternativo per la consegna .....

Data intervento ..... Ospedale .....

Reparto / Centro di Riferimento ..... Tel. reparto .....

Infermiere/a ..... ASL di appartenenza .....

TIPO DI STOMIA	TIPO DI INTERVENTO*	CODICE PRODOTTO SCELTO (se conosciuto)
☐ Definitiva ☐ Temporanea ☐ Non so	☐ Colostomia ☐ Ileostomia ☐ Urostomia ☐ Urostomia bilaterale	_____

Sistema 2 Pezzi Conform 2	
Idrocolloidi	
NEW ☐ CeraPlus ☐ SoftFlex ☐ FlexWear ☐ FormaFlex	
Placca ☐ Piana ☐ Convessa ☐ Convessa Soft NEW ☐ Conformabile	
☐ Bordo Adesivo ☐ Protezione Integrale	
Flangia ☐ 35 mm ☐ 45 mm ☐ 55 mm ☐ 70 mm	

Sistema Monopezzo Moderma Flex	
Idrocolloidi	
NEW ☐ CeraPlus	☐ SoftFlex ☐ Flextend
☐ Piano ☐ Convesso ☐ Convesso Soft	☐ Piano ☐ Convesso
☐ Bordo Adesivo ☐ Protezione Integrale	
Diametro Stomia mm	

Tipo di Sacca*		
☐ Chiusa ☐ Aperta ☐ Con rubinetto	☐ Opaca ☐ Trasparente	☐ Mini ☐ Midi ☐ Maxi

Eventuale accessorio o complemento prescritto
_____

Informato sul Codice Privacy, GDPR 2016/679 e presa visione dell'informativa contenuta sul retro di questo documento e presente sul sito di Hollister S.p.A. alla pagina http://www.hollister.it/it-it/privacypolicy esprimo il mio consenso e autorizzo Hollister SpA al trattamento dei miei dati personali per le seguenti finalità:

☐ 1. Desidero essere membro del programma gratuito assistenza clienti Hollister
☐ 2. Desidero essere informato sui prodotti e servizi di mio interesse
☐ 3. Desidero partecipare ai programmi di valutazione prodotto di Hollister
☐ 4. Desidero ricevere campioni gratuiti di prodotto e la relativa guida all'uso

Data _____

***FIRMA LEGGIBILE DELL'UTILIZZATORE**
(del genitore o tutore legale se minore o incapace)

ITH026-2019/01

INFORMATIVA PRIVACY E CONSENSO - ART. 13 GDPR (REG. EUROPEO 2016/679)

Il titolare del trattamento dei Suoi dati è Hollister S.p.A (Hollister S.p.A. Strada 4 palazzo A/7- 20090 Assago – MI, filiale di Hollister Incorporated). La protezione dei Suoi dati personali è importante per Hollister.

Hollister è trasparente sulle modalità con cui vengono utilizzati i Suoi dati personali e Le dà il diritto di scegliere la quantità di dati personali che desidera condividere selezionando il livello di servizio appropriato.

Legga con attenzione questo documento e potrà così comprendere quali dati personali verranno gestiti da Hollister Spa.

Una volta presa visione, può esprimere il suo consenso sul retro di questa pagina, spuntando le caselle che indicano il livello di servizi che desidera da Hollister:

1. Desidero essere un membro del programma di assistenza clienti di Hollister che mi permette di richiedere/ricevere assistenza telefonica legata al tipo di prodotto trattato da Hollister.

2. Desidero essere informato sui prodotti e servizi di Hollister che possono interessarmi tramite SMS, mail, telefono, posta (a seconda dei canali di contatto che intenderò fornire).

3. Desidero partecipare ai programmi di valutazione prodotto di Hollister, come: sondaggi, valutazioni di prodotti o servizi e/o attività di studio clinico.

4. Desidero ricevere campioni gratuiti di prodotto e la relativa guida all'uso.

Per le finalità da Lei autorizzate, acconsente al trattamento dei seguenti dati: nome, indirizzo, informazioni di contatto (come telefono ed e-mail), età, sesso, informazioni sulla persona che presta le cure (se applicabile) e informazioni mediche, che consistono in dati relativi alla Sua salute (come tipo di intervento chirurgico, durata di utilizzo del prodotto, ecc.)

Potrà ottenere maggiori informazioni contattando il Servizio Pazienti Hollister, al numero verde 800.836.088 o scrivendo una mail a serviziopazienti@hollister.com

Potrà revocare il Suo consenso in qualsiasi momento, contattando Hollister a questi recapiti: 02/82228181
o scrivendo a: Amministrazione.italia@hollister.com

Tale revoca avrà effetto sulle attività future e non avrà alcun effetto retroattivo sulla liceità del trattamento dei dati e della comunicazione prima del ritiro.

Maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili a questo link: http://www.hollister.it/it-t/privacypolicy

Riceverà altresì l'informativa completa in formato cartaceo, allegata alla spedizione dei campioni di prova che sta richiedendo attraverso questo modulo.

*** Le ricordiamo che è molto importante esprimere il Suo consenso spuntando le dovute caselle sull'altra facciata di questo foglio ed apponendo la Sua firma.**

Servizio pazienti StoConTe: i nostri servizi

SKIN HEALTH ambassador

- Personale competente per aiutarti durante il percorso di recupero e fornirti consigli sulla salute della pelle grazie alla **certificazione Skin Health**
- **Guide** e consigli sulla tua vita quotidiana
- **Prova campioni gratuita**
- Informazioni su come **ottenere la fornitura**
- Informazioni su **Ambulatori** e **Associazioni** della tua zona

Numero verde gratuito
800.836088

serviziopazienti@hollister.com

+39 339 9957770
Contattaci tramite WhatsApp in modo semplice e veloce

Vieni a trovarci sulle nostre pagine

Facebook YouTube Twitter
Instagram LinkedIn

Per maggiori informazioni visita
www.hollister.it

Hollister