



惠澤社區藥房

Philanthropic Community Pharmacy

心臟超聲波檢查資助計劃

甲部、參與資助計劃申請

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：男 / 女
香港身份證號碼：_____ () 出生日期(日/月/年)：_____
聯絡電話：_____

資助計劃條款和細節

1. 每名申請人在計劃期間最多可獲 1 次資助，資助會以自動轉賬形式，將資助金額(最高資助金額港幣 \$2,000) 直接存入申請人的銀行戶口。資助詳情請參閱本資助計劃的小冊子。
2. 本人明白本計劃的資助僅提供予合資格的申請人個人名義，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聖雅各福群會惠澤社區藥房以獲得資助，聖雅各福群會惠澤社區藥房絕對有權終止及撤回任何資助，並保留追究權利。
3. 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聖雅各福群會惠澤社區藥房取消有關申請，並拒絕聖雅各福群會惠澤社區藥房進一步處理本人的資料。
4. 本資助計劃特別為已經處方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。聖雅各福群會惠澤社區藥房並不偏重或推薦任何藥物。
5. 聖雅各福群會惠澤社區藥房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，確保本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。本人同意聖雅各福群會惠澤社區藥房處理申請所需的個人資料和文件，並可以透過電話或電郵就此計劃與本人聯絡，以跟進本資助計劃的申請與服務。有關本人申請此項計劃的資料如有任何更改，本人需主動聯絡聖雅各福群會惠澤社區藥房作出更新。由於本資助計劃乃瑞士諾華製藥(香港)有限公司的支持，本人同意聖雅各福群會惠澤社區藥房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。同時，所有資料將會在 2 年後銷毀。
6. 本人了解聖雅各福群會惠澤社區藥房或瑞士諾華製藥(香港)有限公司有權隨時停止提供資助或更改資助的方式。
7. 聖雅各福群會惠澤社區藥房保留修改以上細則之權利及任何爭議的最終決定權。

申請人簽署：_____

日期：_____



惠澤社區藥房

Philanthropic Community Pharmacy

轉帳戶口資料

(只適合現金援助計劃)

甲部、如是次藥物資助計劃申請成功，有關資助將會轉帳到以下銀行戶口持有人帳戶：

銀行戶口持有人(須為病人本人)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

轉帳銀行名稱：_____

轉帳銀行戶口號碼：_____

乙部、授權書

如病人因健康問題/沒有個人戶口而未能遞交甲部資料，可填寫及簽署以下授權書以授權他人代領有關資助。

本人_____，現授權_____ *先生/小姐，代為領取本人的有關資助，代領人資料如下：

銀行戶口持有人：

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

與病人之關係：_____

轉帳銀行名稱：_____

轉帳銀行戶口號碼：_____

代領人聯絡電話：_____

聲明：以上資料確實無誤，並附上上述銀行戶口持有人的存摺首頁副本。

<p>_____ 授權人(病人)簽署</p>	<p>_____ 日期</p>
----------------------------	---------------------

(*請將不適用者刪去)

請將表格電郵至 charityservices@sjs.org.hk 或郵寄至：灣仔石水渠街85號 聖雅各群會1樓105室



惠澤社區藥房

Philanthropic Community Pharmacy

心臟超聲波檢查資助計劃 遞交表格須注意的事項及清單

1. 請確保已填妥全部所需填寫的部份，並於申請表上**簽署**
2. 已準備以下證明文件 (只需遞交**副本**):
 - 病人香港身份證
 - 銀行戶口持有人的存摺首頁副本/其他銀行證明文件。
 - 公立醫院安排心臟超聲波檢查的預約便條
 - 公立醫院發出的心臟超聲波檢查的醫生轉介信
 - 進行心臟超聲波檢查的收據 (如有)
3. 請確保填寫的資料及附加文件清晰可見，如申請表或其他證明文件模糊不清，申請者會被要求重新遞交或填寫表格。