

**STOP & SHOP PHARMACY**  
**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ**

Дата вступления в силу: 13 августа 2017 г.

**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ИЗЛОЖЕН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ.  
ПРОЧИТАЙТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.**

Stop & Shop Supermarket Company и ее аффилированные компании на протяжении долгого времени сохраняют твердую приверженность защите личной информации наших клиентов. В настоящем Уведомлении описаны меры защиты личной информации, применяемые при обслуживании в аптеках Stop & Shop. Посещая любую из наших аптек или пользуясь ее услугами, вы можете рассчитывать на защиту вашей личной медицинской информации в соответствии с этим Уведомлением.

Согласно закону мы обязаны поддерживать конфиденциальность вашей медицинской информации, предоставлять вам настоящее детальное Уведомление о наших юридических обязанностях и порядке обращения с вашей личной медицинской информацией, а также соблюдать условия действующего в настоящее время Уведомления. Мы также обязаны уведомить вас в случае затрагивающего вас нарушения конфиденциальности защищенной медицинской информации («ЗМИ»). Дополнительную информацию см.: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html). Мы не будем использовать или предоставлять вашу информацию кому-либо иначе, чем это описано в настоящем документе.

**I. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ, ОПЛАТЫ И РЕШЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ЗАДАЧ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Использование и раскрытие медицинской информации для целей лечения, оплаты и решения административных задач в области здравоохранения разрешено федеральными нормами защиты личной информации и вашим согласием, подтвержденным подписью в аптеке. Ниже перечислены различные возможные способы использования и раскрытия нами вашей защищенной медицинской информации для этих целей.

**Лечение.** Мы будем использовать и раскрывать вашу ЗМИ в ходе предоставления вам аптечных услуг и можем раскрывать ее другим поставщикам услуг, участвующим в оказании вам помощи. Например, сотрудники нашей аптеки будут использовать вашу ЗМИ при выдаче вам рецептурных препаратов в соответствии с распоряжениями вашего поставщика медицинских услуг. Мы можем связаться с вашим поставщиком для обсуждения вашего рецепта, возможных взаимодействий между лекарственными препаратами или других вопросов.

**Оплата.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ для целей выставления счетов и оплаты в наших аптеках или выставления счетов и оплаты других поставщиков медицинских услуг. Мы можем предоставлять вашу ЗМИ вашему представителю, страховой компании или компании по управлению обслуживанием, Medicare, Medicaid, другим сторонним плательщикам или иным организациям здравоохранения. Например, мы можем связаться с вашей страховой компанией, чтобы подтвердить покрытие вашим страховым планом определенных рецептурных препаратов или величину вашего участия в оплате.

**Решение административных задач в области здравоохранения.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ, если это необходимо для решения наших административных задач в области здравоохранения, в частности, для целей управления, оценки персонала, образования и обучения. Например, мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ в ходе анализа и совершенствования качества наших услуг.

**Напоминания о получении препаратов по рецепту.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ для направления «напоминаний о повторном получении препаратов», чтобы сообщить вам, что препарат по рецепту ожидает вас в аптеке или что рецепт необходимо выписать снова.

**Альтернативные способы лечения и связанные со здоровьем бонусы и услуги.** Мы можем использовать и раскрывать вашу ЗМИ, чтобы предоставить вам информацию об альтернативных способах лечения и связанных со здоровьем бонусах и услугах, которые могут вас заинтересовать. Мы не будем продавать списки клиентов аптек или иную ЗМИ третьим лицам для целей маркетинга.

**II. КОНКРЕТНЫЕ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Ниже перечислены различные возможные способы использования и раскрытия нами вашей защищенной медицинской информации.

**Пациенту или его Личному представителю для собственного пользования.** По запросу мы можем предоставлять вашу ЗМИ вам или вашему Личному представителю (лицу, которое по закону уполномочено действовать от вашего имени по вопросам здравоохранения).

**Лицам, участвующим в оказании вам медицинской помощи или ее оплате.** Если вы не направите нам письменные возражения, мы можем предоставлять касающуюся вас ЗМИ члену семьи, близкому другу или специалисту по уходу, который участвует в оказании вам медицинской помощи или ее оплате, а также раскрывать ЗМИ для уведомления члена семьи, близкого друга или специалиста по уходу о вашем общем состоянии или местонахождении. Кроме случаев, когда член семьи по закону уполномочен действовать от вашего имени, мы будем предоставлять лишь информацию, которая связана с участием этого члена семьи в оказании вам помощи или оплате предоставляемой вам помощи.

**В соответствии с законом.** Мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ, когда этого требует от нас законодательство.

**Для целей надзора за здравоохранением.** Мы можем предоставлять вашу ЗМИ органу по надзору за здравоохранением, например, Совету по делам аптек, для деятельности, которая разрешена или поручена ему в соответствии с законом, включая проведение аудита, расследований и инспекций, или для деятельности, связанной с государственным надзором за системой здравоохранения.

**Бизнес-партнерам.** Мы можем предоставлять вашу ЗМИ подрядчику или поставщику услуг («бизнес-партнер»), которому эта информация необходима для выполнения услуг в интересах Аптеки и который обязуется защищать конфиденциальность этой информации.

### **III. РАЗРЕШЕННОЕ РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

Помимо описанных выше случаев, мы можем раскрывать информацию в следующих случаях с учетом условий и ограничений, установленных федеральным законодательством и законами штатов. Примечание: в некоторых обстоятельствах раскрытие информации в перечисленных ниже случаях может требоваться по закону и, таким образом, также подпадает под действие вышеприведенного Раздела II.

**Общественное здравоохранение.** Мы можем предоставлять вашу ЗМИ органу общественного здравоохранения, который отвечает, например, за профилактику заболеваний, травм и нетрудоспособности или борьбу с ними.

**Уведомление о жертвах жестокого обращения, пренебрежения обязанностями или бытового насилия.** Если у нас есть основания считать, что вы стали жертвой жестокого обращения, пренебрежения обязанностями или бытового насилия, мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ для уведомления соответствующего государственного органа, если это разрешено или требуется в соответствии с законом.

**Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности.** Если это необходимо для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности, здоровью или безопасности другого лица или общества, мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ, ограничивая ее раскрытие лицам, которые в состоянии помочь уменьшить или предотвратить связанный с этой угрозой вред. Например, мы можем раскрывать ЗМИ для того, чтобы способствовать отзыву несоответствующей продукции или сообщить о нежелательных реакциях на медицинские препараты.

**Для проведения исследования.** При определенных обстоятельствах мы можем использовать или предоставлять вашу информацию в исследовательских целях при условии соблюдения процедур, требуемых по закону для защиты конфиденциальности данных исследования.

**Судебные и административные процедуры.** Мы можем раскрывать вашу ЗМИ в ответ на постановление суда или административного органа. Мы также можем раскрывать вашу ЗМИ в ответ на судебную повестку, запрос материалов или иную законную процедуру, если мы получим подтверждение, что запрашивающая эту информацию сторона предприняла разумные усилия, чтобы либо (i) уведомить вас о запросе и дать вам возможность представить возражения, либо (ii) получить надлежащее распоряжение о защите.

**Охрана правопорядка.** Мы можем раскрывать вашу ЗМИ для определенных целей охраны правопорядка, включая, например, выполнение требований по предоставлению отчетов, выполнение требований постановления суда, ордера или аналогичного юридического инструмента, либо в ответ на определенные запросы информации о преступлениях.

**Коронеры, судебно-медицинские эксперты, организаторы похорон, организации по приобретению органов для трансплантации.** В случае вашей смерти мы можем предоставлять вашу ЗМИ коронерам, судебно-медицинским экспертам, организаторам похорон либо, если вы являетесь донором органов, организациям по донорству органов и тканей.

**Помощь при чрезвычайных ситуациях.** Мы можем раскрывать ограниченную ЗМИ о вас организации, обеспечивающей помощь при чрезвычайных ситуациях.

**Вооруженные силы, ведомства по делам ветеранов и другие специальные государственные органы.** Если вы служите в рядах вооруженных сил, мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ в соответствии с требованиями военного командования. Мы можем раскрывать ЗМИ в целях национальной безопасности или если это необходимо для защиты Президента Соединенных Штатов или ряда других руководителей либо для проведения определенных специальных расследований.

**Компенсации для работников.** Мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ в соответствии с законодательством, касающимся компенсаций для работников или аналогичных программ.

**Тюремное заключение или задержание.** Если вы задержаны правоохранительным органом или находитесь в исправительном учреждении, мы можем раскрывать вашу ЗМИ этому органу или учреждению для определенных целей, включая обеспечение здоровья и безопасности вас и других людей.

**Информаторы.** Если наш сотрудник или бизнес-партнер добросовестно полагает, что наши действия незаконны либо нарушают профессиональные или клинические стандарты, он может раскрывать вашу ЗМИ прокурору или органу здравоохранения, сообщая им о своих предположениях.

#### **IV. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ С ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ**

За исключением случаев, описанных в этом Уведомлении, Stop & Shop не намерена использовать или раскрывать вашу ЗМИ.

В случае возникновения планов использования или раскрытия ЗМИ для других целей потребуется ваше разрешение на определенное использование или раскрытие, причем вы можете в любое время отозвать такое разрешение в письменной форме. Принятие вами положений этого Уведомления не подразумевает никаких разрешений такого рода. Мы никогда не будем предоставлять вашу информацию в маркетинговых целях или продавать ее, если вы не предоставите нам письменного разрешения сделать это.

После того, как медицинская информация о вас была раскрыта в соответствии с вашим разрешением, к раскрытой медицинской информации больше не может применяться защита HIPAA, и эта информация может быть повторно раскрыта получателем без вашего или нашего ведома и разрешения.

#### **V. ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Ниже перечислены ваши права в отношении вашей ЗМИ. Для каждого из этих прав установлены определенные требования, ограничения и исключения. Для осуществления этих прав может потребоваться письменный запрос в Аптеку. По вашей просьбе Аптека предоставит вам необходимые формы для заполнения. Вы обладаете следующими правами:

**Запрос ограничений.** Вы имеете право запросить ограничение нашего использования или раскрытия вашей ЗМИ для целей лечения, оплаты или решения административных задач в области здравоохранения. Вы также имеете право запросить ограничение предоставления касающейся вас ЗМИ члену семьи, другу или другому лицу, участвующему в оказании вам медицинской помощи или ее оплате. Такой запрос необходимо направлять в письменной форме. Мы сообщим вам в письменной форме относительно того, согласны ли мы с вашей просьбой.

Мы не обязаны соглашаться с запрошенными вами ограничениями (за исключением ситуации, когда вы находитесь в здравом уме и запрашиваете ограничение раскрытия членам семьи и друзьям). Если мы согласимся принять запрошенное вами ограничение, мы будем соблюдать его, кроме случаев, когда иное потребуется для оказания вам экстренной помощи или в соответствии с федеральными законами и законами штатов. Тем не менее, если вы полностью оплатили рецепт наличными и не хотите, чтобы мы предоставляли страховой компании касающуюся этого рецепта ЗМИ для целей оплаты или решения административных задач в области здравоохранения, мы обязаны выполнить ваш запрос.

**Доступ к личной медицинской информации.** У вас есть право изучать свою защищенную медицинскую информацию и получать копию своей защищенной медицинской информации, которая может использоваться для принятия решений в отношении вас, — «обозначенный набор документации» — в течение всего срока хранения нами ЗМИ. Обозначенный набор документации обычно включает рецепты и счета, а также письменную информацию, которая может использоваться для принятия решений в отношении оказываемой вам помощи, за некоторыми исключениями. Ваш соответствующий запрос должен быть направлен в письменной форме. Обычно мы обязаны предоставлять доступ к вашей медицинской документации в течение 30 (тридцати) дней со дня получения вашего запроса. Для изучения и копирования вашей ЗМИ вы должны направить письменный запрос представителю по защите личной информации согласно закону HIPAA по указанному ниже адресу и заполнить соответствующую форму разрешения. В большинстве случаев мы можем взимать обоснованную плату для компенсации наших затрат на копирование и пересылку по почте запрошенной вами информации в соответствии с действующим законодательством.

В случае, если вы запросите документацию, которая хранится не у нас, мы сообщим вам в письменной форме, если будем знать, где хранится соответствующая документация.

В определенных ограниченных обстоятельствах мы можем отказать, в письменной форме, в удовлетворении вашего запроса об изучении или получении копий документов. Если вам будет отказано в доступе к ЗМИ, вы можете потребовать пересмотра решения об отказе, отправив письменный запрос представителю по защите личной информации согласно закону HIPAA по указанному ниже адресу. Такой пересмотр будет проводить лицензированный работник здравоохранения, который не участвовал в принятии решения об отказе.

В той мере, в какой мы поддерживаем электронную медицинскую документацию по вашей ЗМИ, вы также имеете право получить соответствующую электронную ЗМИ в электронной форме и в запрошенном вами формате, в случае доступности, или, в случае недоступности, в электронной форме и взаимно согласованном формате либо поручить нам направить такую электронную копию непосредственно указанному вами третьему лицу. Мы можем взимать обоснованную плату, в соответствии с действующим законодательством, для компенсации наших расходов на копирование, передачу и (или) отправку по почте вашей ЗМИ согласно вашему запросу.

- **Примечание:** запрос в аптеке копий рецептурной документации, например, для целей подготовки налоговой декларации, не рассматривается как формальный Запрос доступа и обрабатывается непосредственно Аптекой. Если вы хотите воспользоваться правом на доступ к своей ЗМИ, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «HIPAA Request for Access».

**Запрос исправления.** Вы имеете право запросить внесение исправлений в свою поддерживаемую Аптекой ЗМИ в течение всего срока, пока эта информация хранится в Аптеке или для нее. Такой запрос необходимо направлять в письменной форме с указанием оснований для запрашиваемого исправления.

Мы можем отказать в удовлетворении вашего запроса, если соответствующая информация (a) не была создана Аптекой, кроме случаев, когда ее источник уже недоступен для выполнения вашего запроса; (b) не входит в ЗМИ, поддерживаемую Аптекой или для нее; (c) не входит в информацию, к которой вы имеете право доступа; или (d) уже является точной и полной, как определено Аптекой.

Если мы не можем удовлетворить запрос исправления, мы предоставим вам письменный отказ с указанием причин отказа и уведомлением о вашем праве направить письменное заявление о несогласии с ним.

- **Примечание: простые обращения в аптеку, например, об изменении вашего адреса или информации о страховании, не рассматриваются как формальные Запросы исправления и обрабатываются непосредственно Аптекой. Если вы хотите воспользоваться правом на запрос исправления своей ЗМИ, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «HIPAA Request for Amendment».**

**Запрос реестра раскрытия.** Вы имеете право запросить «реестр» определенных видов раскрытия вашей ЗМИ. Это список случаев раскрытия информации, произведенных Аптекой или другими лицами от нашего имени, кроме случаев раскрытия для целей лечения, оплаты и решения административных задач в области здравоохранения, раскрытия с вашего разрешения и ряда других исключений.

Чтобы запросить реестр раскрытия, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «HIPAA Request for Accounting» и укажите период времени после 13 апреля 2003 г. в пределах шести лет от даты запроса, а также список мест расположения всех аптек, для которых вы запрашиваете реестр. Первый реестр в течение 12-месячного периода предоставляется бесплатно; за последующие запросы мы можем взимать плату для компенсации наших затрат.

**Запрос альтернативного способа конфиденциальной связи.** Вы имеете право направить запрос об использовании определенного способа для связи с вами по вопросам, касающимся вашего здоровья. Мы готовы выполнить все разумные запросы.

- **Примечание: простые обращения в аптеку, например, с просьбой позвонить пациенту по другому номеру при поступлении лекарства, не рассматриваются как формальные Запросы конфиденциальной связи и обрабатываются непосредственно Аптекой. Если вы хотите воспользоваться правом на запрос альтернативного способа конфиденциальной связи, попросите фармацевта предоставить вам специальную форму «HIPAA Request for Confidential Communications».**

**Запрос на представление другим лицом ваших интересов.** Если вы выдали другому лицу доверенность на право представлять интересы пациента, или если другое лицо является вашим законным опекуном, этот человек может осуществлять ваши права и сделать выбор вашей медицинской информации. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы должны будем удостовериться, что указанный человек имеет такие полномочия.

**Запрос бумажной копии этого уведомления.** Вы имеете право получить бумажную копию этого Уведомления, даже если вы согласились принять его в электронной форме. Вы можете запросить копию Уведомления в любое время. **Кроме того, вы можете получить копию Уведомления на нашем веб-сайте [www.stopandshop.com](http://www.stopandshop.com).**

## **VI. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ПОДАЧА ЖАЛОБ**

Если у вас возникли какие-либо вопросы в связи с этим Уведомлением или вы хотите получить дополнительную информацию о своих правах на защиту личной информации, обратитесь к представителю по защите личной информации в аптеках (Pharmacy Privacy Representative) по телефону 925-338-6008, 1385 Hancock Street, Quincy MA 02169

Если вы считаете, что ваши права на защиту личной информации были нарушены, вы можете подать жалобу в письменной форме в Аптеку или в Отдел гражданских прав Департамента здравоохранения и социального обеспечения США. Если вы направите жалобу, мы не будем каким-либо образом мстить вам.

Чтобы подать жалобу в Отдел гражданских прав, направьте ее по почте в письменной форме по адресу: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, по электронной почте по адресу [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) или подайте жалобу в электронной форме по адресу [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

Чтобы подать жалобу в Аптеку, попросите предоставить вам форму «HIPAA Complaint Form» или обратитесь к представителю по защите личной информации, как указано выше.

## **VII. ИЗМЕНЕНИЯ ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Мы сохраняем за собой право изменять это Уведомление и распространять действие измененных или новых положений Уведомления на всю ЗМИ, уже полученную и поддерживаемую Аптеками, а также на всю ЗМИ, которую мы получим в будущем. Мы разместим копию измененного Уведомления на нашем веб-сайте [www.stopandshop.com](http://www.stopandshop.com), а также в аптеках Stop & Shop.

### **ДОПОЛНЕНИЕ: ЗАЩИТА ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ШТАТАХ**

The Stop & Shop Supermarket Company, LLC («Stop & Shop») предоставляет это дополнение к своему Уведомлению о порядке обращения с личной информацией («Уведомление»), чтобы сообщить вам об особенностях законов и норм определенных штатов в отношении защиты личной информации, а также их возможном влиянии на вопросы, рассматриваемые в Уведомлении. В задачу этого дополнения не входит рассмотрение положений законов штатов о защите личной информации, которые повторяют рассмотренные в Уведомлении нормы федерального законодательства; The Stop & Shop Supermarket

также отмечает, что законы штатов о защите личной информации могут подвергаться изменению и интерпретации уже после выпуска этого Дополнения.

Как правило, все штаты разрешают использование и раскрытие в соответствии с положениями Разделов I, II и IV нашего Уведомления. Законодательство штатов может ограничивать некоторые случаи раскрытия, перечисленные в Разделе III, в зависимости от обстоятельств и интерпретации законов штата. Если ваш штат не указан ниже, это означает, что во время подготовки дополнения было признано, что законы этого штата в общем согласуются с положениями, приведенными в Уведомлении. Представители Stop & Shop полностью применяют свою профессиональную квалификацию, чтобы обеспечить использование, раскрытие и защиту ЗМИ в наилучшем соответствии с интересами наших клиентов и соблюдение действующего законодательства.

**В Коннектикуте** мы, как правило, можем раскрывать вашу ЗМИ в соответствии с Разделами I, II, III и IV Уведомления и, кроме того, государственному агентству или ведомству, законодательно наделенному полномочиями получать вашу информацию.

**В Массачусетсе**, мы, как правило, можем раскрывать вашу ЗМИ в соответствии с Разделами I, II, III и IV Уведомления и, кроме того, с целью охраны вашего здоровья и благополучия, для установления вашего правомочия на получение льгот или страхового покрытия, или в случаях, когда это санкционировано или требуется законами штата или федеральным законодательством.

**В Род-Айленде**, мы, как правило, можем раскрывать вашу ЗМИ в соответствии с Разделами I, II, III и IV Уведомления и, кроме того, коллегиальным медико-стоматологическим контрольным комиссиям, инспекциям и юридическим офисам по контролю злоупотреблений медицинскими страховками, если появятся причины упреждать возбуждение исков об ответственности медицинских учреждений, или при возбуждении вами направленного против нас иска об ответственности медицинских учреждений, юридическим офисам поставщика медицинского обслуживания для получения адекватного юридического представительства, соответствующим властям, ведающим учебными заведениями, по информации о болезнях, профилактических медосмотрах и/или иммунизации, требуемой учебным заведениям, а также избирательной комиссии штата для выдачи справок о характере заболевания или инвалидности с целью получения открепительного талона на голосование по почте, центральному регистру раковых заболеваний, или когда это санкционировано или требуется законами штата или федеральным законодательством.

***В некоторых штатах вы также можете иметь право на дополнительную защиту определенных специальных категорий информации. Применимость и интерпретация этих законов штатов может изменяться в зависимости от особенностей конкретного закона и имеющихся обстоятельств. В частности, предусмотрены следующие конкретные категории защиты:***

**Генетическая информация: Массачусетс, Нью-Джерси и Нью-Йорк**

Мы не вправе раскрывать генетическую информацию в отношении частного лица, за исключением случаев, когда им на это дано письменное разрешение, или когда это санкционировано или требуется законами штата или федеральным законодательством.

**ВИЧ: Коннектикут, Массачусетс, Нью-Джерси, Нью-Йорк и Род-Айленд**

Мы не вправе раскрывать определенную конфиденциальную информацию о пациенте, касающуюся ВИЧ или СПИД, кроме раскрытия с письменного разрешения пациента или по требованию законов штата или федеральных законов.

**Подтверждение получения Уведомления о порядке обращения с личной информацией**

Если вы не подтвердили своей подписью получение этого Уведомления в аптеке, заполните следующую секцию, оторвите ее и верните в аптеку, где вы получили препарат по рецепту:

**Подписывая этот документ, я подтверждаю, что получил Уведомление о порядке обращения с личной информацией Stop & Shop Pharmacy:**

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия клиента

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Название и адрес аптеки

\_\_\_\_\_  
Номер рецепта

Если подписано личным представителем пациента, укажите свое имя и фамилию, а также родственные отношения к клиенту или иные полномочия действовать от его имени:

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Отношение к пациенту