

Data _____ Imię i nazwisko prawne _____
(Imię) (Nazwisko) (Drugie imię)

Preferowane imię i nazwisko lub pseudonim _____

Płeć podana na ubezpieczeniu _____ Stan cywilny: Żonaty/-a Rozwiedzony/-a Stan wolny Wdowiec/Wdowa

Telefon komórkowy _____ **Jeśli chcesz otrzymywać SMS-y z przypomnieniem o wizycie, zaznacz tutaj** ☐

Metoda komunikacji (zaznaczyć jedną): E-mail Telefon domowy Telefon w ciągu dnia Telefon komórkowy

Jaki jest Twój główny język? _____

Masz prawo do tłumacza bez żadnych kosztów. Jeśli potrzebujesz tych usług, powiadom swojego lekarza lub koordynatora biura.

Nazwa pracodawcy _____ Telefon pracodawcy _____

Adres siedziby pracodawcy (miasto/stan) _____

Szkie dowiedziaes/-as sie o Athletico? (Prosimy zaznaczyć jedn odpowiedz poniżej)

Reklama Internet Witryna Athletico Szkoła Klub sportowy Widowisko Ubezpieczalnia Zawodowa drużyna sportowa Wyścig Grupa treningu wytrzymałościowego Obiekt/oznakowanie Athletico Skierowanie od lekarza Inne

Prosimy podać nazwę/organizację: _____

Zgoda na komunikację pocztą elektroniczną

Wyrażam zgodę na kontakt Athletico pocztą elektroniczną na następujący adres e-mail: _____

Zgoda na komunikację głosową

Wyrażam zgodę, by następujące osoby otrzymywały ustne komunikaty dotyczące rozliczeń i płatności za usługi leczenia świadczone w moim imieniu. Rozumiem, że to **NIE** upoważnia do ujawnienia moich informacji o stanie zdrowia

Imię i nazwisko _____ Relacja _____

Imię i nazwisko _____ Relacja _____

Imię i nazwisko _____ Relacja _____

Rozumiem, że personel Athletico może zadzwonić pod mój domowy numer telefonu lub inny numer i zostawić wiadomość lub przypomnieć o spotkaniach, ubezpieczeniu lub rozliczeniach. Upoważniam również do ujawnienia informacji o spotkaniu pozostawionych w wiadomościach głosowych, automatycznej sekretarce lub SMS-ach i rozumiem, że istnieje pewne ryzyko dla prywatności w związku z tymi formami komunikacji.

Informacje kontaktowe w nagłych wypadkach

Osoba, z którą należy się kontaktować w nagłych wypadkach:

Imię i nazwisko _____ Numer telefonu _____ Relacja _____

Informacje o lekarzu

Lekarz skierujący _____ Telefon _____

Adres _____

Najbliższa wizyta u lekarza: **Data** _____ **Godzina** _____

Czy masz lekarza pierwszego kontaktu? Tak Nie

Jeśli tak, prosimy o przesłanie kopii korespondencji do lekarza pierwszego kontaktu. Prosimy wypełnić:

Lekarz pierwszego kontaktu _____ Telefon _____

Adres _____

If you have any questions, please contact the Athletico Corporate office:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

Ubezpieczenie

Czy zweryfikowałeś/-aś przysługujące Ci świadczenia terapeutyczne w ubezpieczalni? Tak Nie
Czy byłeś/-aś poddany/-a terapii fizycznej/zajęciowej w ciągu bieżącego roku kalendarzowego? Tak Nie
Ile sesji zabiegowych otrzymałeś w tym roku kalendarzowym? (w tym kręgarskich) _____

Wypadek samochodowy

Czy to jest wypadek samochodowy? Tak Nie Data wypadku _____
W jakim mieście i stanie miało to miejsce? _____ Czy to jest proces sądowy? Tak Nie
Adwokat/nazwa firmy _____ Numer telefonu adwokata _____

Ubezpieczenie pracownicze

Czy to uraz zatwierdzony przez ubezpieczenie pracownicze? Tak Nie Data wypadku _____
W jakim mieście i stanie uraz miał miejsce? _____ Stanowisko _____
Adwokat/nazwa firmy _____ Numer telefonu adwokata _____

*Upewnij się, że informacje o pracodawcy zostały wypełnione na poprzedniej stronie.

Dodatkowe informacje medyczne

Czy jesteś w ciąży? Jeśli tak, który to tydzień? _____ Czy występowały bóle związane z ciążą? _____
Czy palisz? Tak Nigdy Rzuciłem/-am
Jeśli tak, ile paczek dziennie? _____ Od ilu lat? _____ Jeśli rzuciłeś/-aś, to kiedy? _____
Czy pijesz alkohol? Tak Nie Liczba porcji alkoholu tygodniowo: _____

Pytanie o stan miednicy

Jeśli doświadczasz jednego z poniższych problemów, zaznacz pole, a terapeuta może omówić potencjalne możliwości leczenia. Czy w przeszłości występowały zaburzenia związane z miednicą (np. nagle/wysiłkowe nietrzymanie moczu, ciężkość dna miednicy, ból miednicy/pęcherza lub ból brzucha, nieregularne wypróżnienia)? Tak ☐

Leki

Podaj nazwy wszystkich przyjmowanych leków, witamin, suplementów i leków dostępnych bez recepty. Możemy skopiować szczegółową listę, jeśli taką posiadasz.

Nazwa lekarstwa	Ile (dawka)	Jak często	Sposób przyjmowania (zakreślić jeden)					
_____	_____	_____	maść ☐	tabletki ☐	krople ☐	plaster ☐	zastrzyk ☐	inhalator ☐
_____	_____	_____	maść ☐	tabletki ☐	krople ☐	plaster ☐	zastrzyk ☐	inhalator ☐
_____	_____	_____	maść ☐	tabletki ☐	krople ☐	plaster ☐	zastrzyk ☐	inhalator ☐
_____	_____	_____	maść ☐	tabletki ☐	krople ☐	plaster ☐	zastrzyk ☐	inhalator ☐
_____	_____	_____	maść ☐	tabletki ☐	krople ☐	plaster ☐	zastrzyk ☐	inhalator ☐
_____	_____	_____	maść ☐	tabletki ☐	krople ☐	plaster ☐	zastrzyk ☐	inhalator ☐

Zajęcia rekreacyjne/rutynowe ćwiczenia

Jaki jest twój obecny poziom aktywności? (zaznacz jeden poniżej)

siedzący tryb życia lekko aktywny umiarkowanie aktywny bardzo aktywny niezwykle aktywny

Ile dni w tygodniu podejmujesz się regularnej aktywności kondycyjnej? _____

If you have any questions, please contact the Athletico Corporate office:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

1. ZGODA NA LECZENIE: Niniejszym wyrażam zgodę i upoważniam mojego fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego i innych pracowników służby zdrowia i asystentów, którzy mogą być zaangażowani w opiekę nad mną, do zapewnienia opieki i leczenia przepisane przez mojego lekarza i/lub uważanego za konieczne lub wskazanego przez mojego lekarza, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego lub innych pracowników służby zdrowia. Rozumiem, że diagnoza fizykoterapii nie jest diagnozą medyczną wykonaną przez lekarza. Rozumiem, że moje leczenie może obejmować techniki, które mogą obejmować siniaki, zaczerwienienie skóry, bolesność po leczeniu i krwiaki, w tym m.in. rozluźnienie mięśniowo-powięziowe i ograniczenie przepływu krwi, wspomaganą mobilizację tkanek miękkich, Asytm® lub Graston Technique®, analizę wideo rzucania i analiza wideo chodu. Rozumiem, że moim obowiązkiem jest informowanie mojego fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego lub innego pracownika służby zdrowia, jeśli odczuwam dyskomfort lub ból podczas jakiegokolwiek leczenia lub gdy mam inne obawy związane z moim leczeniem. Rozumiem, że reakcja na interwencję fizykoterapeutyczną różni się w zależności od osoby i możliwe jest, że leczenie może spowodować nasilenie istniejących objawów lub może spowodować ból lub obrażenia.

2. UMOWA DOTYCZĄCA OBECNOŚCI PODCZAS WIZYT: Rozumiem, jak ważne jest stałe uczestnictwo w terapii, planowanie spotkań z wyprzedzeniem i przybycie na czas przed wizytą. Przyjmuję do wiadomości, że wizyta może zostać przełożona, jeśli spóźnię się o więcej niż 15 minut na zaplanowane spotkanie. Rozumiem i zgadzam się, że terminy spotkań podane w danym tygodniu mogą nie być dostępne w kolejnych tygodniach. Zgadzam się powiadomić z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem, kiedy muszę anulować lub zmienić termin spotkania. Rozumiem, że odwołanie lub niedotrzymanie terminu spotkania z mniej niż 24-godzinnym wyprzedzeniem spowoduje naliczenie opłaty za anulowanie/niestawiennictwo w kwocie 30 USD lub 60 USD w zależności od rodzaju spotkania.

PACJENCI Z UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO: Rozumiem, że firma Athletico jest zobowiązana poinformować mojego rzeczoznawcę ubezpieczenia pracowniczego i/lub kierownika rehabilitacji o wszystkich pominiętych lub odwołanych spotkaniach. Rozumiem, że pominięte wizyty należy ponownie zaplanować.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PŁATNOŚĆ: Wszystkie opłaty dodatkowe i płatności za siebie (np. Astym, Graston, VGA, VTA itp.) są należne w momencie realizacji usługi. Przyjmuję do wiadomości, że w związku z usługami świadczonymi przez Athletico jestem finansowo odpowiedzialny za opłacenie mojego rachunku. Przyjmuję do wiadomości, że moim obowiązkiem jest przekazanie Athletico moich aktualnych informacji ubezpieczeniowych oraz zapoznanie się z moim planem ubezpieczenia i jego polityką. Wszelkie pytania dotyczące mojego ubezpieczenia zdrowotnego lub poziomu świadczeń należy kierować do mojego programu zdrowotnego. Mój program ubezpieczenia zdrowotnego może przewidywać, że będę musiał pokryć całość lub część opłat i salda, na przykład w formie udziału własnego, współpłacenia, współubezpieczenia lub opłat nieobjętych lub odrzuconych przez moje ubezpieczenie zdrowotne, Medicare lub inne programy, do których jestem uprawniony. Zgadzam się zapłacić tego rodzaju kwoty, za które jestem odpowiedzialny. Rozumiem, że Athletico zwyczajowo obciąża podmiot realizujący moje ubezpieczenie osobowe, ale ostatecznie to ja ponoszę odpowiedzialność za wszelkie należne kwoty. Jeśli konieczne będą formalne procedury windykacyjne, jestem odpowiedzialny za wszelkie dodatkowe koszty poniesione w wyniku takich procedur windykacyjnych.

Jeśli zapłacę jakkolwiek sumę czekiem, niniejszym upoważniam Athletico do wykorzystania informacji z czeku do przetworzenia jednorazowego elektronicznego transferu środków (EFT/ACH) lub polecenia przelewu z mojego konta. Rozumiem, że jeśli moja płatność zostanie przetworzona jako EFT, środki mogą zostać pobrane z mojego konta tego samego dnia, a ja nie otrzymam zwrotu kwoty czeku od mojej instytucji finansowej.

Należy pamiętać, że odmowa podpisania tego formularza nie zmienia w żaden sposób odpowiedzialności za płatność.

4. PRZYDZIAŁ ŚWIADCZEŃ: Niniejszym przypisuję Athletico wszystkie moje prawa i roszczenia o zwrot kosztów w ramach mojej polisy ubezpieczenia zdrowotnego. Wyrażam zgodę na współpracę z Athletico i udzielanie informacji niezbędnych do ustalenia, czy kwalifikuję się do takich świadczeń.

5. DOSTĘP DO INFORMACJI ZDROWOTNYCH I PODANIE ICH DO WIADOMOŚCI: Rozumiem, że Athletico może dokumentować medyczne i inne informacje związane z moim leczeniem w formie elektronicznej i innych formach, oraz że takie informacje będą wykorzystywane w trakcie mojego leczenia, do celów płatności, jak i przez osoby, które się mną opiekują. Upoważniam mojego lekarza i personel administracyjny Athletico do skontaktowania się z innymi pracownikami służby zdrowia, którzy mogą mieć informacje związane z moimi wcześniejszymi i aktualnymi stanami i leczeniem. Przyjmuję do wiadomości, że otrzymałem zawiadomienie Athletico o praktykach w zakresie ochrony prywatności i że określa ono, w jaki sposób moje informacje dotyczące zdrowia mogą być wykorzystywane i ujawniane, oraz w jaki sposób mogę uzyskać dostęp do moich informacji dotyczących zdrowia i jak je kontrolować.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że otrzymałem zawiadomienie Athletico o praktykach w zakresie ochrony prywatności i że określa ono, w jaki sposób moje informacje dotyczące zdrowia mogą być wykorzystywane i ujawniane, oraz w jaki sposób mogę uzyskać dostęp do moich informacji dotyczących zdrowia i jak je kontrolować. (Prosimy zaznaczyć jedno z pól)

Podpisując poniżej, oświadczam, że przeczytałem/-am, rozumiem i w pełni zgadzam się na każde ze stwierdzeń w tym dokumencie i składam podpis bez przymusu i dobrowolnie.

Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami _____

Podpis pacjenta lub osoby odpowiedzialnej prawnie _____

Data _____

Powyższe imię i nazwisko drukowanymi literami (jeśli nie jest to Pacjent) _____

Data _____

Athletico przestrzega obowiązujących przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, wiek, niepełnosprawność lub płeć.

If you have any questions, please contact the Athletico Corporate office:

625 Enterprise Drive, Oak Brook, IL 60523 | tel: 630.575.6200 | 1.877.ATHLETICO | email: info@athletico.com

Masz pewne prawa, jeśli chodzi o informacje medyczne. W tej części opisano te prawa i sposób, w jaki można je egzekwować.

Twoje Prawa

POLISH NOTICE OF PRIVACY PRACTICES PAGE 1 OF 2

Prośba o elektroniczną lub papierową kopię swoich akt medycznych

- Możesz poprosić o zobaczenie lub otrzymanie elektronicznej lub papierowej kopii swoich akt medycznych. Możesz złożyć swoją prośbę na piśmie.
- Przedstawimy kopię lub podsumowanie informacji zdrowotnych w ciągu 30 dni od zgłoszenia prośby. Możemy pobrać uzasadnioną opłatę odpowiadającą kosztom.

Prośba o skorygowanie lub zmianę swoich akt medycznych

- Możesz poprosić nas na piśmie o skorygowanie informacji zdrowotnych na Twój temat, które uznajesz za nieprawidłowe lub niekompletne.
- Możemy odmówić realizacji prośby, ale w takiej sytuacji uzasadnienie przedstawimy na piśmie.

Prośba o poufną komunikację

- Możesz poprosić nas o kontaktowanie się z Tobą w określony sposób (na przykład za pomocą telefonu komórkowego) lub wysyłanie poczty na inny adres. Realizujemy wszystkie uzasadnione prośby.

Prośba o ograniczenie używanych lub udostępnianych przez nas informacji

- Możesz poprosić, abyśmy nie używali lub nie udostępniali pewnych informacji zdrowotnych dotyczących leczenia, płatności lub naszych działań.
- Nie musimy wyrazić zgody na prośbę i możemy odmówić jej wykonania, jeśli miałyby to niekorzystnie wpłynąć na leczenie.
- Jeśli w całości z własnych środków zapłacisz za usługę lub produkt medyczny, możesz poprosić, abyśmy nie udostępniali dotyczących płatności lub naszych działań Twojemu ubezpieczycielowi zdrowotnemu.
- Zaakceptujemy tę prośbę, o ile przepisy nie wymagają od nas udostępnienia takich informacji.

Zawiadamianie o nadużyciach

- Powiadomimy Cię, jeśli nastąpi nadużycie dotyczące Twoich informacji zdrowotnych.

Nasze Użycie i Ujawnienie

Możemy, bez pisemnego upoważnienia, używać i ujawniać informacje zdrowotne pacjentów w następujących celach:

Zarządzanie leczeniem stosowanym u pacjenta

- Możemy używać informacji zdrowotnych pacjenta do świadczenia i koordynowania opieki zdrowotnej. Na przykład, fizjoterapeuta może ujawnić informacje zdrowotne pacjenta, konsultując się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do stanu zdrowia pacjenta.

Operacje opieki zdrowotnej

- Możemy używać lub ujawniać informacje zdrowotne w celu monitorowania i wspierania działania naszych zakładów.
Na przykład, w zakresie oceny jakości świadczonych usług, realizacji licencji i nadawania uprawnień, a także w ramach innych funkcji administracyjnych.

Prośba o listę podmiotów, którym udostępniliśmy informacje

- Możesz poprosić o listę znanych podmiotów, jeśli tacy istnieją, którym udostępniliśmy Twoje informacje zdrowotne. Ta lista nie zawiera ujawnień informacji o leczeniu, płatności lub opiece zdrowotnej, a także niektórych innych rodzajów ujawnień informacji dokonanych przez nas na Twój wniosek.
- Lista będzie zawierać wszystkie ujawnienia informacji zdrowotnych w ciągu sześciu lat przed datą złożenia prośby o sporządzenie listy.
- Raz w roku listę taką sporządzamy bezpłatnie, ale za każdą kolejną listę w ciągu 12 miesięcy pobieramy uzasadnioną opłatę odpowiadającą kosztom.

Uzyskanie kopii zawiadomienia o prywatności

- W każdej chwili możesz poprosić o papierową kopię tego zawiadomienia, nawet po wyrażeniu zgody na otrzymanie tego zawiadomienia w formie elektronicznej. Papierową kopię dostarczymy w sposób bezzwłoczny.

Ochrona informacji zdrowotnych pacjentów jest dla nas ważna

- Prawo wymaga od nas, byśmy zachowali prywatność i bezpieczeństwo chronionych informacji zdrowotnych pacjentów. Musimy spełniać te obowiązki i stosować opisane tu praktyki ochrony prywatności.
- Jeśli sądzisz, że naruszyliśmy Twoje prawa prywatności, możesz skontaktować się z naszym Sekretarzem ds. Prywatności pod numerem telefonu 630-575-1962 lub za pomocą strony www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Możesz także złożyć pisemne zażalenie do Sekretarza Ministerstwa Zdrowia i Pomocy Humanitarnej USA. Za złożenie zażalenia nie spotka Cię odwet.
- Jeśli wyegzekwować zastosowanie któregośkolwiek z powyższych praw, możesz złożyć pisemną prośbę. Formularze są dostępne na żądanie w naszych placówkach. Możesz również zadzwonić pod numer kontaktowy podany na końcu tego zawiadomienia.

Płatność

- Możemy używać lub ujawniać informacje zdrowotne pacjenta w celu fakturowania i otrzymywania płatności za usługi medyczne.
Na przykład, możemy kontaktować się z ubezpieczycielem pacjenta, aby uzyskać zapłatę za usługi zrealizowane na rzecz pacjenta.

Kontakt z pacjentem

- Możemy kontaktować się z pacjentem, by go zarejestrować lub przypomnieć o przyszłych wizytach, fakturach albo kwestiach związanych z płatnością.

Członkowie rodziny i inne osoby zaangażowane w Twoją opiekę zdrowotną

- O ile pacjent nie wyrazi sprzeciwu, możemy ujawniać istotne informacje zdrowotne członkom rodziny, krewnym lub bliskim przyjaciółom zaangażowanym w opiekę lub zapłatę za usługi zdrowotne.

Na przykład, możemy udostępnić informacje członkowi rodziny, by pomóc w zapoznaniu się ze sposobem opieki, w celu uiszczenia zapłaty lub zaplanowania wizyt.

Urazy związane z pracą

- Możemy ujawnić informacje zdrowotne pacjenta w zakresie określonym w przepisach dotyczących wynagrodzenia pracowników lub w ramach innych podobnych programów ustanowionych prawnie. Programy te zapewniają świadczenia związane z urazami i chorobami zawodowymi.

Względy określone w przepisach

- Możemy ujawniać informacje zdrowotne pacjenta, gdy jest to wymagane na podstawie przepisów federalnych, stanowych lub lokalnych.

Nadzór nad opieką zdrowotną

- Możemy używać lub ujawniać informacje zdrowotne pacjenta organom nadzoru nad opieką zdrowotną w zakresie czynności określonych w przepisach.

Na przykład, czynności nadzoru mogą obejmować audyty, dochodzenia i inspekcje administracji państwowej służące do monitorowania systemu opieki zdrowotnej.

Komunikacja marketingowa

- Możemy używać i ujawniać informacje zdrowotne pacjenta, by kontaktować się z nim, przekazując informacje o usługach leczniczych, produktach lub nowych lokalizacjach, które uznamy za interesujące dla pacjenta.

Badania

- W pewnych okolicznościach, za zgodą pacjenta, możemy używać jego informacji zdrowotnych do celów badawczych.

Kwestie związane ze zdrowiem publicznym i bezpieczeństwem

- Możemy udostępniać informacje zdrowotne pacjenta w określonych sytuacjach, takich jak zapobieganie chorobom, zgłaszanie podejrzeń złego traktowania, zaniedbywania lub przemocy domowej, przeciwdziałanie lub ograniczanie poważnych zagrożeń dla czyjegokolwiek zdrowia lub bezpieczeństwa.

Egzekwowanie prawa i wyspecjalizowane funkcje administracji państwowej

- Możemy ujawniać informacje zdrowotne pacjenta do celów egzekwowania prawa w zakresie dozwolonym przez przepisy. W pewnych okolicznościach możemy ujawniać informacje zdrowotne jednostkom administracji państwowej o wyspecjalizowanych funkcjach, takich jak wojsko USA, w odpowiedzi na pytania określone w przepisach.

Odpowiedź na procesy sądowe i działania prawne

- Możemy udostępniać informacje zdrowotne pacjenta w odpowiedzi na nakaz sądowy lub administracyjny albo w odpowiedzi na wezwanie sądowe lub podobny wniosek prawny.

Partnerom biznesowym

- Możemy ujawniać informacje zdrowotne naszym partnerom biznesowym – osobom lub firmom, które świadczą usługi dla Athletico.

Na przykład, partner biznesowy może być firmą fakturującą dla Athletico. W takich przypadkach wymagamy, by partnerzy biznesowi strzegli prywatności informacji pacjentów.

Rodzicom i opiekunom prawnym niepełnoletnich

- W zakresie dozwolonym przez przepisy federalne i stanowe, możemy ujawniać informacje zdrowotne o niepełnoletnich ich rodzicom i opiekunom.

Informacje wysoce poufne

- Przepisy federalne i stanowe zapewniają dodatkową ochronę prywatności określonych poufnych informacji zdrowotnych. Obejmuje to informacje dotyczące zdrowia psychicznego, HIV/AIDS, leczenia z nałogu alkoholowego lub narkotykowego.

Zastosowania i ujawnienia wynikające z upoważnienia

Inne zastosowania i ujawnienia chronionych informacji zdrowotnych, które nie są tu opisane, wymagają pisemnego upoważnienia pacjenta. Pacjent może wycofać upoważnienie, na piśmie, w dowolnym momencie, przy czym wycofanie upoważnienia nie ma wpływu na zastosowania i ujawnienia dokonane już na podstawie upoważnienia.

Zmiany w warunkach określonych w niniejszym zawiadomieniu

Możemy zmieniać warunki niniejszego zawiadomienia, a zmiany będą dotyczyć wszystkich informacji, które posiadamy na temat pacjenta. Nowe zawiadomienie będzie udostępnione na żądanie, zamieszczone w każdej z naszych placówek i w witrynie internetowej pod adresem athletico.com.

Niniejsze zawiadomienie o praktykach prywatności dotyczy firmy Athletico Holdings, LLC i jej przedsiębiorstw zależnych oraz kontrolowanych podmiotów stowarzyszonych (w tym m.in. firmy Athletico, Ltd. i jej przedsiębiorstw zależnych) (razem zwanych „Athletico”). W celu zapoznania się z pełną listą obiektów Athletico prosimy odwiedzić naszą witrynę internetową.

W razie pytań lub chęci omówienia niniejszego zawiadomienia prosimy o kontakt z sekretarzem ds. prywatności pod numerem 630-575-1962 lub pod adresem compliance@athletico.com. Niniejsze zawiadomienie wchodzi w życie w dniu 1 kwietnia 2018.