

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do Programu Partnerskiego „NZOZ CM Rodzina”

Numer karty:	
Imię i nazwisko:	
Pesel :	
E-mail:	
Telefon:	
Adres korespondencyjny:	

Potwierdzam, iż otrzymałem/am, zapoznałem/am się oraz akceptuję postanowienia Regulaminu dla posiadacza Karty Partnerskiej „NZOZ CM RODZINA”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatora moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu, wyłącznie w celu uczestnictwa w Programie partnerskim, w tym w celu uzyskania zniżek i rabatów od Firm Partnerskich, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zostałem poinformowany, iż podanie powyższych danych jest dobrowolne, ale niezbędne do uczestnictwa w Programie Partnerskim „NZOZ CM Rodzina”. Zostałem/am poinformowany/a, że przysługuje mi prawo dostępu do treści udostępnionych danych oraz prawo ich poprawiania, uzupełniania lub usunięcia.

.....
Data i Podpis Uczestnika

Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2013 r. poz. 1422 j.t.) wyrażam dobrowolną zgodę* na przesyłanie mi przez Organizatora Programu Partnerskiego „NZOZ CM Rodzina” informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także na przedstawianie ofert rabatowych za pomocą

środków porozumiewania się na odległość w rozumieniu ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827).

Nie wyrażam zgody

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w powyższym polu.

.....

Data i Podpis Uczestnika

Wyrażam dobrowolną zgodę* na udostępnienie przez Organizatora moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu, w celach marketingowych, Firmom Partnerskim oferującym zniżki i rabaty w ramach Programu Partnerskiego „NZOZ CM Rodzina” oraz na przetwarzanie przez Organizatora oraz Firmy Partnerskie moich danych osobowych w celach marketingowych.

Nie wyrażam zgody

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w powyższym polu.

.....

Data i Podpis Uczestnika