

Formularz należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami

Pola oznaczone gwiazdką * są obowiązkowe, bez nich formularz jest nieważny

Płeć*

K

M

Imię*

Nazwisko*

Adres zamieszkania*

Ulica

Nr domu*

Nr lokalu

Kod*

Miejscowość*

Data urodzenia*

Nr telefonu domowego

Nr telefonu komórkowego

Adres e-mail

Oświadczenie*

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, iż mam ukończone 18 lat i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ZIKO APTEKI Sp. z o.o., z siedzibą w Krakowie ul. Legnicka 5, kod: 31-216 ("ZIKO APTEKI") przekazanych przeze mnie moich danych osobowych oraz ich umieszczanie w zbiorze danych osobowych, a także na ich przetwarzanie w przyszłości, również w celu otrzymywania informacji handlowych w wykorzystaniem elektronicznych środków przekazu. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane przetwarzane są przez ZIKO APTEKI w związku z udziałem w Programie sprzedaży premiiowej i mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom współpracującym z ZIKO APTEKI przy realizacji ww. programu, a także, że jestem uprawniony(a) do dostępu do swoich danych i ich poprawiania. Dane podaję dobrowolnie. Wyrażam zgodę na przesłanie mi informacji i materiałów marketingowych firmy ZIKO APTEKI (ustawa z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133 z 1997 r. z późn. zm.).

Data i Podpis*