



Formularz zgłoszeniowy apteki do Grupy Zakupowej Apteki na plus

Nazwa apteki:

Adres apteki: Miejscowość  Ulica  Kod pocztowy

Właściciel:

Kierownik:

Nr telefonu: stacjonarny:   
komórkowy:

E-mail 1:   
E-mail 2:

Zgłoszenie do hurtowni:

**PGF S.A**

**NEUCA S.A**

Lokalizacja: Apteka 1   
Apteka 2   
Apteka 3

**NIP:**

Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody

na wykorzystywanie i przetwarzanie powyższych danych osobowych (zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 r. Nr 101 poz.926 ze zm.) oraz ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U.2002.144.1204 ze zm.) w celach informacyjnych i promocyjnych.

Data:

Podpis (kierownika/właściciela apteki):