

Data przystąpienia do Grupy Apteki na Plus

Wyrażam zgodę na udział apteki w Grupie Apteki na Plus.

Podpis właściciela/kierownika

.....

*Wyrażam/ nie wyrażam zgody na wykorzystywanie i przetwarzanie swoich 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.

Podpis właściciela/kierownika

.....

*Wyrażam/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez Organizatora danych dotyczących adresu apteki oraz danych sprzedażowych w celu realizacji zamówień oraz promocji na zasadach określonych w niniejszym regulaminie zgodnie także z obowiązującymi przepisami prawa.

Podpis właściciela/kierownika

.....

*niepotrzebne skreślić