

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza.

Uwaga! Wypełnienie pól oznaczonych gwiazdką i podpis wraz z datą są wymagane do dokonania rejestracji w programie SENIOR.

Imię *

PESEL *

Nazwisko *

Adres e-mail

Telefon kontaktowy

Adres zamieszkania

Miejscowość *

Kod pocztowy *

Ulica

Numer domu *

Numer mieszkania

Województwo *

Adres do wysyłki (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Nazwa instytucji / imię i nazwisko

Miejscowość *

Kod pocztowy *

Ulica

Numer domu *

Numer mieszkania

Województwo *

Skąd dowiedział się Pan/Pani o programie SENIOR:

telewizja apteka znajomi

radio instytucja przychodnia

prasa organizacja

inne: _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w tym formularzu przez DOZ S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. 17-Stycznia nr 45 B, 02-146, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Miasta St. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr 58632, jako administratora tych danych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002 nr 101 poz. 962, z póź. zm.) - na potrzeby zgłoszenia oraz realizacji mojego uczestnictwa w programie SENIOR, jak również w celu przesyłania, w tym drogą elektroniczną na podany adres e-mail, materiałów informacyjno-marketingowych i promocyjnych dotyczących programu SENIOR oraz - na zlecenie podmiotów będących dostawcami towarów i usług w zakresie ochrony zdrowia, materiałów informacyjno-marketingowych i promocyjnych dotyczących towarów i usług oferowanych przez te podmioty; przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne oraz że mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania i wniesienia żądania o zaprzestaniu ich przetwarzania. Wyrażam dodatkowo zgodę na przesyłanie na podany nr telefonu wiadomości SMS, informujących o promocjach realizowanych w ramach programu SENIOR. *

Data *

Podpis *