



## PROGRAM “Podimed - Dobry Wybór”

### WNIOSEK O PRZYSTĄPIENIE

Wypełniając ten wniosek przystępujesz do Programu „Podimed - Dobry Wybór”

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Imię:                    | Telefon komórkowy/stacjonarny:  |
| .....                    | .....   |
| Nazwisko:                | E- mail:  |
| .....                    | .....   |
| PESEL:                   | Jednocześnie wnoszę o wydanie karty dla następujących dzieci (imię, nazwisko, PESEL): |
| .....                    |   |
| Adres do korespondencji: | .....   |
| .....                    | .....   |
| .....                    | .....   |

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych pozyskanych w związku z uczestnictwem w Programie Podimed - Dobry Wybór w bazie danych Organizatora Programu (PODIMED sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinku przy ul. Spółdzielczej 8) oraz na ich przetwarzanie zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002, nr 101,poz.926) w celach marketingowych przez Organizatora Programu.

Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany (-a) o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych osobowych oraz prawie ich poprawiania oraz, że dane te zostały podane dobrowolnie.

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się i akceptuję warunki Regulaminu Programu “Podimed - Dobry Wybór”.

.....

.....