Formularz Uczestnika Programu

Prosimy Państwa o wypełnienie poniższego formularza (DRUKOWANYMI LITERAMI), wpisując jedną literę w jedną kratkę), zaznaczenie krzyżykiem odpowiedzi ☒ i przekazanie go naszemu pracownikowi.
Niniejszy formularz jest integralną częścią Regulaminu Programu "Postaw na zdrowie".

Podpisanie formularza pozwoli Państwu na udział w specjalnych promocjach Programu "Postaw na zdrowie"

w Apteka DGA **DGA** ☐

CZĘŚĆ OBOWIĄZKOWA

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy ☐☐ — ☐☐☐

Płeć Mężczyzna ☐ Kobieta ☐ Data urodzenia d d m m r r r r

Data imienin d d m m

Numer telefonu - dom lub praca lub

Numer telefonu - komórkowy

Adres email

Zgodnie z art. 24 ustawy z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm) Dolnośląska Grupa Apteczna Sp.z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Czeremchowa 6 (zwana dalej Spółką) informuje, że: 1) jest administratorem Pani/Pana danych osobowych; 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach związanych z realizacją programu promocyjnego "Postaw na zdrowie" oraz markietingiem i promocją produktów i usług oferowanych przez Spółkę i nie będą udostępniane innym podmiotom; 3) ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania; 4) podanie danych jest dobrowolne.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz informacji o dokonywanych przeze mnie zakupach leków, produktów i usług przez Dolnośląską Grupę Aptecznę Sp. z o.o.z siedzibą we Wrocławiu, ul. Czeremchowa 6, w celach związanych z realizacją programu lojalnościowego "Postaw na zdrowie" oraz z marketingiem i promocją produktów i usług oferowanych przez Spółkę. Oświadczam że zostałem poinformowany (zostałam poinformowana) o celach zbierania danych i ich poprawiania oraz dobrowolności podania danych.

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Podpis zgodny z podpisem na Karcie

Data Podpis

CZĘŚĆ UZUPEŁNIAJĄCA

Czy realizuje Pan(i) recepty:

☐ swoje ☐ rodziny ☐ znajomych

Jak często przychodzi Pan(i) do Apteki DGA?

☐ co najmniej raz w tygodniu ☐ 2 razy w tygodniu ☐ raz w miesiącu ☐ incydentalnie

Co kupuje Pan(i) najczęściej w Aptece DGA?

☐ leki bez recepty ☐ leki na receptę ☐ kosmetyki

d d m m r r r r Podpis zgodny z podpisem na Karcie

Data Podpis