



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY :

Nr karty

wypełnia organizator

Prosimy o czytelne wypełnienie:

imię

nazwisko

specjalizacja

adres e-mail

adres korespondencyjny

ulica

nr domu nr lokalu

kod pocztowy - miejscowość

telefon (.) w

telefon komórkowy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na warunkach określonych w ustawie z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 833 z późn. zm.) oraz ustawie z dn. 26.08.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. nr 144 poz. 1204) na zbieranie i wykorzystywanie w celach marketingowych moich danych osobowych przez firmę Medical Communications Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie oraz podmioty współpracujące z Medical Communications Sp. z o.o. w organizowaniu działań marketingowych. Swoje dane podaję dobrowolnie i zostałem(am) poinformowany(a) o przysługującym mi prawie do ich przeglądania i zmiany.

data
dzień miesiąc rok

podpis