wer. 1.2 z dn. 27.08.2018r.

Formularz Zgłoszeniowy
KARTA PACJENTA EUROMEDIS

Karta upoważnia do otrzymania rabatu w wysokości 10% ceny sprzedaży w przypadku zakupu wszystkich usług medycznych świadczonych przez Centrum Medyczne EuroMedis.

Dane Pacjenta

Pesel Pacjenta

Imię i Nazwisko Pacjenta

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy, Miejscowość

E-mail *Telefon*

Dane Opiekuna Prawnego*

Pesel Opiekuna

Imię i Nazwisko Opiekuna

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy, Miejscowość

E-mail *Telefon*

☐ Oświadczam, że otrzymałam/em i zapoznałam/em się z regulaminem oraz akceptuję jego warunki.

☐ Wyrażam zgodę na gromadzenie moich danych osobowych, oraz ich wykorzystywanie w celach marketingowych, w tym na potrzeby Programu Karty Pacjenta zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych, i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

* jeżeli dotyczy

..... data

..... podpis Pacjenta lub Opiekuna Prawnego