

Oświadczenie pacjenta

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL / data urodzenia

.....
adres e-mail

.....
numer telefonu

tak nie

 Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Sport Medica S.A. i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie prozdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:

tak nie

 adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)

tak nie

 numer telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

tak nie

 Wyrażam wobec Sport Medica S.A. oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług w/w podmiotów.

.....
miejsowość i data

.....
podpis pacjenta