

Заявление пациента

.....
imię i nazwisko / имя и фамилия

.....
data urodzenia / дата рождения

.....
adres e-mail / адрес электронной почты

.....
nr telefonu / номер телефона

TAK/ДА NIE/HET

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::

Я даю согласие на получение маркетинговых сообщений от Sport Medica S.A. и других лиц LUX MED Group, целью которого является, в частности, продвижение услуг и товаров, предлагаемых этими организациями, информирование о событиях, связанных с их деятельностью, и пропаганда здорового образа жизни с использованием моих данных:

TAK/ДА NIE/HET

adres e-mail (адрес электронной почты)

TAK/ДА NIE/HET

numer telefonu (номер телефона)

TAK/ДА NIE/HET

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.

Я даю согласие Sport Medica S.A. и другим организациям из группы LUX MED на обработку моих персональных данных в маркетинговых целях (в том числе через профилирование), полученных при заказе или использовании услуг этих организаций или оставленных мной в их контактных формах. Это согласие распространяется на все данные, относящиеся ко мне, включая информацию о том, как я пользуюсь услугами этих организаций.

.....
miejscowość i data / место и дата

.....
podpis pacjenta / подпись пациента