

Oświadczenie/zgody marketingowe

Ja, niżej podpisana(y) numer PESEL*:
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

* w przypadku braku – data urodzenia

oświadczam, że:

1. Deklaracja zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Medi Partner Sp. z o.o. ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa w celu marketingu produktów i usług podmiotów Medicover Polska**, w tym poprzez przysyłanie materiałów marketingowych.

TAK NIE

.....
(data i czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta)

2. Deklaracja zgody na przekazywanie informacji handlowo-marketingowych.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Medi Partner Sp. z o.o. ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa informacji handlowo-marketingowych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i tzw. automatycznych systemów wywołujących. Wybieram jako formę kontaktu:

– Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)

UWAGA! Wyrażenie zgody jest konieczne, aby możliwe było przekazywanie drogą elektroniczną pełnej informacji dotyczącej procesu leczenia (w tym cen usług świadczonych przez Medi Partner Sp. z o.o.).

TAK NIE

– Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna)

TAK NIE

.....
(data i czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta)

** Medicover Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Medicover Forsakrings AB (publ) S.A. -Oddział w Polsce Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Medi Partner Sp. z o.o. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa, Medvit Sp. z o.o. ul. Puławska 42b, 05-500 Piaseczno, Denta Care Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Centrum Medyczne Damiana Holding Sp. z o.o. ul. Wałbrzyska 46, 02-739 Warszawa, Medicover Senior Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, INVIMED-T Sp. z o.o. ul. Rakowiecka 36, 02-532 Warszawa, Medicover Benefits Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań, OK System S.A., ul. Postępu 14, 02-676 Warszawa.

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie: