

Oświadczenie/zgody marketingowe

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

zamieszkała(y) w
(dokładny aktualny adres miejsca zamieszkania)

**w przypadku braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

oświadczam, że:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Invimed-T Sp. z o.o. ul. Rakowiecka 36, 02-532 Warszawa w celu marketingu produktów i usług podmiotów Medicover Polska**, w tym poprzez przesyłanie materiałów marketingowych.

TAK NIE

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

2. Deklaracja zgody na przekazywanie informacji handlowo-marketingowych.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Invimed-T Sp. z o.o. ul. Rakowiecka 36 02-532 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 Invimed-T Sp. z o.o.).

TAK NIE

– Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna)

TAK NIE

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

***Medicover Forsakrings A.B. (publ.) S.A., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Centrum Medyczne Damiana HOLDING Sp. z o.o., ul. Wałbrzyska 46, 02-739 Warszawa, Care Experts Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Care Experts Domy Opieki Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Medicover Sp. z o.o., ul. Rakowiecka 96, 00-807 Warszawa, Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa*

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie: