

Žádost o vydání klientské karty



Lékárna U Aleje

Jméno a příjmení _____

Rodné číslo _____

Zdravotní pojišťovna _____

Kontaktní údaje

Ulice + č.p. _____

Město _____

PSČ _____

Telefon/Mobil _____

E-mail _____

Souhlasím s tím, aby v souladu se zákonem č. 101/2000Sb. „O ochraně osobních údajů“ ve znění pozdějších předpisů níže uvedená společnost (provozovatel lékárny) zpracovávala mnou poskytnuté osobní a citlivé údaje, a to pro účely sledování užívaných léčivých přípravků a jejich vzájemných interakcí, a dále pak za účelem zasílání obchodních nabídek. Beru na vědomí, že údaje budou uchovávané a využívány v rámci činností této společnosti, a to až do odvolání písemnou formou. Jsem si vědom/a toho, že poskytnutí údajů je dobrovolné a že souhlas s jejich zpracováním mohu kdykoliv odvolat.

Provozovatel lékárny

Datum

Podpis pacienta