WNIOSEK O PRZYZNANIE KARTY STAŁEGO KLIENTA

DANE PACJENTA

Imię

Nazwisko

PESEL

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer Domu / Numer Mieszkania

Telefon kontaktowy

Adres Mailowy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie karty dla potrzeb marketingowych NZOZ Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej 93-024 Łódź, ul. Niemcewicza 19 zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych *(tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).* Zapoznałem się i akceptuję **REGULAMIN KARTY STAŁEGO KLIENTA**. Prosimy również o wypełnienie danych kontaktowych.

……..……

Data Czytelny podpis klienta