

ANKIETA POLECAJĄCA

Ofertę abonamentową Centrum Medycznego Puławska polecił mi Państwa Pacjent abonamentowy:

Sz. P., nr umowy: **DZ/S/OF/A/**.....

Imię i nazwisko osoby zainteresowanej ofertą abonamentową:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.) przez Centrum Medyczne Puławska Sp. z o.o. z siedzibą w Piasecznie (05-500), ul. Puławska 33 do celów marketingowych i akwizycyjnych

podpis