

FORMULARZ PROGRAMU REKOMENDACJI „POLECAJ - ZARABIAJ” GRUPY KAPITAŁOWEJ FARMACOL



DANE UCZESTNIKA PROGRAMU	
IMIĘ I NAZWISKO	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	
DANE OSOBY REKOMENDOWANEJ	
IMIĘ I NAZWISKO	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	
SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE POLECENIA	
STANOWISKO NA KTÓRE REKOMENDOWANY JEST KANDYDAT	
LOKALIZACJA	

Oświadczam, że uzyskałem/-łam od kandydata, którego polecam w ramach Programu Rekomendacji „Polecaj – Zarabiaj”, zgodę na udostępnienie FARMACOL S.A. z siedzibą w Katowicach przy ul. Szopienickiej 77 oraz spółkom wchodzącym w skład Grupy Kapitałowej Farmacol określonymi na stronie www.farmacol.com.pl w zakładce O NAS – STRUKTURA GRUPY KAPITAŁOWEJ jego danych osobowych oraz na ich przetwarzanie przez FARMACOL S.A. oraz spółki wchodzące w skład Grupy Kapitałowej Farmacol dla celów przystąpienia przeze mnie do Programu Rekomendacji „Polecaj – Zarabiaj” i realizacji postanowień Regulaminu Programu Rekomendacji „Polecaj – Zarabiaj”, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz postanowieniami Regulaminu Programu Rekomendacji „Polecaj – Zarabiaj”.

Miejscowość i data**Podpis Uczestnika Programu**

.....

.....