

**Załącznik 1 FORMULARZ DANYCH TELEADRESOWYCH KONTRAHENTA
DO WSPÓŁPRACY Z „FARMACOL-LOGISTYKA” Sp. z o.o.
(dotyczy odbiorcy)**

NR CKK _____ Nazwa Kontrahenta _____

NUMER TELEFONU		Zlecenie usunięcia telefonu z bazy danych (zaznacz „X”)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>nr główny odbiorcy</i>	<input type="checkbox"/>
Sprzedaż, obsługa reklamacji, informacja o dostawie, aktualizacja danych	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sprzedaż, informacja o dostawie – Koordinator zamówień (jeżeli wspólny dla kilku odbiorów w ramach płatnika)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
FAX	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjaśnianie płatności, uzgadnianie sald	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ADRES E-MAIL		Zlecenie usunięcia e-mail z bazy danych (zaznacz „X”)
Sprzedaż, obsługa reklamacji, informacja o dostawie, aktualizacja danych	_____ @ _____	<input type="checkbox"/>
Sprzedaż, informacja o dostawie - Koordinator zamówień (jeżeli wspólny dla kilku odbiorów w ramach płatnika)	_____ @ _____	<input type="checkbox"/>
Wyjaśnianie płatności, uzgadnianie sald	_____ @ _____	<input type="checkbox"/>
Realizacja odmów NPF	_____ @ _____	<input type="checkbox"/>

Ja niżej podpisany, niniejszym wyrażam zgodę na przesyłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 1030 z późn. zm. oraz na przetwarzanie dotyczących mnie danych osobowych przez „Farmacol-Logistyka” sp. z o. o. z siedzibą w Katowicach („Administrator”) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych t.j.: Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm., w celu otrzymywania informacji handlowych. Oświadczam także, że zostałem poinformowany o tym, że podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, a także o danych Administratora, a także prawie dostępu do treści dotyczących mnie danych, ich poprawiania oraz uzupełnienia, jak również o prawie do cofnięcia udzielonej zgody.

Data, podpis i pieczęć Kontrahenta

