

ODWOŁANIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I TELEADRESOWYCH

Imię i nazwisko lub firma spółki	Proszę uzupełnić		
Siedziba (miejsce prowadzenia działalności)	Proszę uzupełnić		
Miejscowość		Kod pocztowy	_ _ _ - _ _ _ _
Ulica			
Nr lokalu		NIP*	_ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _
Nr CKK pł.**	_ _ _ _ _		

* NIP osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą, spółki cywilnej lub spółki prawa handlowego

** Nr CKK pł. znajduje się na fakturze po numerze NIP

NUMER TELEFONU/ADRES E-MAIL KTÓREGO DOTYCZY WYCOFANIE ZGODY

Proszę zaznaczyć „x” w przypadku wycofania zgody

- ☐ Cofam zgodę na wysyłanie informacji drogą elektroniczną (e-mail / sms)
- ☐ Cofam zgodę na przekazanie informacji marketingowej drogą telefoniczną (połączenie telefoniczne na wskazany numer telefonu)
- ☐ Cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Farmacol-Logistyka sp. z o.o. z siedzibą 40-431 Katowice ul. Szopienicka 77 oraz Spółki dostępne na stronie internetowej www.farmacol.com.pl zgodnie z podpisanym porozumieniem o współadministrowaniu danymi osobowymi.

☐ Zaznaczyć w przypadku cofnięcia wszystkich powyższych zgód

.....
data

.....
czytelny podpis