

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Imię

Nazwisko

ADRES

Ulica

Nr domu/lokalu

Kod pocztowy

Miasto

Telefon

Adres e-mail

Data i podpis

Nazwa zakupionego produktu

.....
Miejsce zakupu (nazwa sklepu, miasto).....
Rozmiar rękawiczek 9 10 11 Akceptuję warunki regulaminu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Bayer sp. z o.o. (02-326 Warszawa, Al. Jerozolimskie 158), na ich wykorzystywanie do celów marketingowych i promocyjnych. Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe będą przetwarzane i przekazywane zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz U Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.). Oświadczam, że zostałem poinformowany o uprawnieniach przysługujących mi na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz U z 1997 r. Nr 133 z późn. zm.), a w szczególności o prawie wglądu do danych osobowych, ich poprawiania, żądania czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania oraz całkowitego usunięcia ich ze zbioru. Potwierdzam, że podanie przeze mnie danych osobowych i wyrażenie zgody na ich przetwarzanie jest dobrowolne.