FARMACIE
DOTT.SSA
PALOMBA
TORRE ANNUNZIATA

Nome

Cognome

Luogo e data di nascita

Indirizzo N.

Città Prov. C.A.P.

Recapito telefonico cellulare

indirizzo e-mail

professione

In quale reparto effettui principalmente i tuoi acquisti?

- ☐ Dermocosmesi
- ☐ Erboristeria
- ☐ Omeopatia
- ☐ Prima Infanzia
- ☐ Celiachia
- ☐ Altro _____

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 autorizzo il trattamento dei dati personali.

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
(Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003)

Il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ha la finalità di garantire che il trattamento dei Tuoi dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale.
Ricevo il regolamento punti.

DATA FIRMA