GlaxoSmithKline wspiera Psychiatria i Neurologia FORUM EDUKACYJNE

Formularz zgłoszeniowy

Nr karty: ☐☐☐☐☐

Imię ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nazwisko ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Specjalizacja ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres e-mail ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres korespondencyjny:

Ulica ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nr domu ☐☐☐ nr lokalu ☐☐☐☐ Kod pocztowy ☐☐☐☐☐☐

Miejscowość ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefon (☐☐) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ w ☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefon komórkowy ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Oświadczam, że wyrażam zgodę na warunkach określonych w ustawie z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 833 z późn. zm.) oraz ustawie z dn. 26.08.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. nr 144 poz. 1204) na zbieranie i wykorzystywanie w celach marketingowych moich danych osobowych przez firmę Medical Communications Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie oraz podmioty współpracujące z Medical Communications Sp. z o.o. w organizowaniu działań marketingowych.
Swoje dane podaję dobrowolnie i zostałem poinformowany(a) o przysługującym mi prawie do ich przeglądania i zmiany.

Data _____

Podpis _____

Numer akredytacji: uchwała Nr 287/06/P-V z dnia 29 listopada 2006 r.