

# Formularz rejestracyjny do Klubu Zdrowia Walmark

Tak, chcę przystąpić do Klubu Zdrowia Walmark  
Wszelkie informacje proszę przesyłać na mój adres:  
(prosimy o wypełnienie karty drukowanymi literami )



Imię .....Nazwisko.....

Data urodzenia .....

Ulica ..... Nr .....Kod pocztowy.....

Miejscowość .....

Telefon .....

e-mail .....

**Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez firmę Walmark Sp. z o.o. z siedzibą w Sosnowcu przy ul. Teatralnej 9. Dane będą przetwarzane wyłącznie dla potrzeb związanych z wysyłką materiałów reklamowych i informacyjnych Walmark oraz podmiotów z nim współpracujących. Jednocześnie oświadczam, że udostępnienie przeze mnie adresu e-mail oraz numeru telefonu komórkowego jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Jest mi znane prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.**

czytelny podpis:.....