



Государственное унитарное предприятие

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

АНКЕТА УЧАСТНИКА ПРОГРАММЫ ЛОЯЛЬНОСТИ ГУП «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР»

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ:

1. ФАМИЛИЯ*

2. ИМЯ*

3. ОТЧЕСТВО*

4. ДАТА РОЖДЕНИЯ*

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

1. ТЕЛЕФОН*

2. E-MAIL*

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТ ГУП «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР»*:

SMS ДА НЕТ E-mail ДА НЕТ Телефон ДА НЕТ

Заполняя данную анкету, я гарантирую, что представленные мною данные являются достоверными и я соглашаюсь с тем, что, эти данные могут быть введены и сохранены в базе данных, и могут быть представлены для отправки мне информации о специальных предложениях, акциях, проводимых в ГУП «Медицинский центр».

Информация, получаемая ГУП «Медицинский центр» из анкет, используется ГУП «Медицинский центр» с соблюдением Федерального закона от 27.07.2016 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе используется исключительно для предоставления санаторно-курортных услуг (например для идентификации пациента при предоставлении ему скидки по карте лояльности или для восстановления утраченной карты с сохранением накоплений), а также для информирования пациентов о предложениях ГУП «Медицинский центр», новых программах санаторно-курортного лечения, акциях и т.п.

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____

ПОДПИСЬ _____

*поля обязательные для заполнения