Medical Progress Sp. z. o. o.
ul. Fabryczna 10, bud. D2
53-609 Wrocław
www.medprogress.pl

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W GRUPIE ZAKUPOWEJ MEDICAL PROGRESS Sp. z o.o.

Oświadczam, iż :

PEŁNA NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA (pieczątka)

Pełny adres: .....

Osoby uprawnione do reprezentowania przedsiębiorstwa :

1. Nazwisko i imię .....
   Telefon komórkowy ..... e-mail .....
2. Nazwisko i imię .....
   Telefon komórkowy ..... e-mail .....

Osoby upoważnione do założenia konta na stronie www Grupy Zakupowej Medical Progres :

1. Nazwisko i imię .....
2. Nazwisko i imię .....

podpisując niniejszą deklarację, staję się uczestnikiem Grupy Zakupowej Medical Progress Sp. z. o.o., jednocześnie akceptuję Regulamin Uczestnictwa w Grupie Zakupowej, jak również zainteresowany jestem dobrowolnym, aktywnym Członkostwem w Grupie Zakupowej, poprzez dobrowolne korzystanie z oferowanych przez Grupę Zakupową produktów i usług w cenach specjalnych i wynegocjowanych dla Grupy Zakupowej Medical Progress Sp. z. o.o.

....
miejscowość i data podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

Osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo do cofnięcia ww. zgód w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem).

Medical Progress Sp. z. o. o.
ul. Fabryczna 10, bud. D2
53-609 Wrocław
www.medprogress.pl

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na udostępnianie i przetwarzanie danych osobowych związanych z uczestnictwem w Grupie Zakupowej Medical Progress

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Medical Progress Sp. z. o. o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Fabryczna 10 bud. D2 oraz ich udostępnienie Partnerom współpracującym [1)], z którymi Medical Progress zawarł lub zawrze umowy o współpracy w ramach Grupy Zakupowej tj dostawcom towarów i usług dla Placówek Medycznych. Medical Progress zobowiązuje się przetwarzać i udostępniać dane osobowe w/w podmiotom wyłącznie w celu prawidłowego rozliczania Grupy Zakupowej, w tym stosowania rabatów i promocji dla Członków Grupy Zakupowej, jak również na wyraźne życzenie Klienta w przypadku woli zakupu danego produktu. Dane te będą przetwarzane do momentu obowiązywania umowy z poszczególnymi Partnerami współpracującymi, jak również do czasu dobrowolnej rezygnacji z przynależności do Grupy Zakupowej, potwierdzonej pisemną rezygnacją.

....
miejscowość i data podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie i udostępnienie moich danych osobowych w celach marketingowych i w celach przekazywania informacji handlowych przez Medical Progress Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Fabryczna 10 bud. D2 oraz Partnerów współpracujących, w tym otrzymywania drogą elektroniczną informacji handlowych na podane adres / y e-mail, wysyłanych wyłącznie przez biuro Medical Progress. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne dla bycia Członkiem Grupy Zakupowej.

....
miejscowość i data podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie i udostępnienie moich danych osobowych w celach marketingowych i w celach przekazywania informacji handlowych przez Medical Progress Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Fabryczna 10 bud. D2 oraz Partnerów współpracujących, w tym otrzymywania drogą telefoniczną informacji handlowych na podany numer telefonu / ów. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne dla bycia Członkiem Grupy Zakupowej.

....
miejscowość i data podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

[1)] Aktualna lista Partnerów współpracujących znajduje się na stronie www.medprogress.pl

Osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo do cofnięcia ww. zgód w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem).