

Formularz zgłoszeniowy

Imię

Nazwisko

Telefon

E-Mail

Adres

ulica, miasto, kod

OPCJONALNIE

Nazwa gabinetu

NIP

Zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych na potrzeby realizacji promocji, której treść zawarta jest w § 5 Regulaminu dostępnego na stronie www.arkonadent.com

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Promocji i akceptuję wszystkie zawarte w nim warunki.

data

podpis