

## ISCRIZIONE AL PROGRAMMA

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata sul presente coupon, ai sensi degli artt. 23 e 130 del D.Lgs 196/03, autorizza la Farmacia Segala snc di Bussolengo al trattamento dei dati personali forniti per: rilascio fidelity card, gestioni punti spesa, invio messaggi promozionali per posta, sms, e-mail, analisi di mercato, studi di marketing.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

CODICE TESSERA \_\_\_\_\_