

Deklaracja przystąpienia do programu partnerskiego Arka Elite Club Hotelu Arka Medical Spa**** w Kołobrzegu

Imię:	Nazwisko:
PESEL:	E-mail:
Telefon:	Adres zamieszkania:
Adres do korespondencji:	

1. Deklaruję wolę przystąpienia do Programu Partnerskiego Arka Elite Club Hotelu Arka Medical Spa**** w Kołobrzegu.
2. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z regulaminem Programu Partnerskiego Arka Elite Club i będę działać zgodnie z zawartymi w nim postanowieniami. Regulamin dostępny na stronie internetowej www.arka-mega.pl
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ARKA MEDICAL SPA KOŁOBRZEG Sp. z o.o. z siedzibą w Kołobrzegu (78-100), ul. Sułkowskiego 11 o numerze identyfikacyjnym NIP: 671 18 42 943 w celu właściwej realizacji usług związanych z programem Arka Elite Club oraz dostarczania informacji o nowych wydarzeniach, produktach i promocjach zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Dz.U. 1997 nr 133 poz. 883) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Dane będą przetwarzane przez 50 lat. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Jestem świadomy, że mam możliwość dostępu do swoich danych, w celu ich sprostowania i usunięcia oraz żądania ograniczenia ich przetwarzania ze względu na moją szczególną sytuację oraz wycofania udzielonej zgody w każdym momencie, przy czym, cofnięcie uprzednio wyrażonej zgody nie wpłynie na legalność przetwarzania przed jej wycofaniem, a także wniesienia skargi do organu nadzorczego. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich oraz podlegają profilowaniu tj. automatycznemu podejmowaniu decyzji.
4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z Ustawą o Świadczeniu Usług Drogą Elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz.U. 2002 nr 144 poz. 1204) przez ARKA MEDICAL SPA KOŁOBRZEG Sp. z o.o. z siedzibą w Kołobrzegu (78-100), ul. Sułkowskiego 11 o numerze identyfikacyjnym NIP: 671 18 42 943. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.
5. Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego, zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2014 r. poz. 243 ze zm.) przez ARKA MEDICAL SPA KOŁOBRZEG Sp. z o.o. z siedzibą w Kołobrzegu (78-100), ul. Sułkowskiego 11 o numerze identyfikacyjnym NIP: 671 18 42 943. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Kołobrzeg, dn.

.....

(czytelny podpis)

.....

(status karty i numer karty – wypełnia Arka Medical SPA****)

