

Dr. Weiss Patikák Kedvezménykártya Program

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Alulírott, mint a Dr. Weiss Patika Kft. (székhely: 1095 Budapest, Mester utca 4-6. fszt 7., cégjegyzékszám: Cg. 01-09-203118, adószám: 23066506-2-43) - a továbbiakban: Dr. Weiss Patika Kft. - **által működtetett Kedvezménykártya programban** (a továbbiakban: Kártyaprogram) **résztevő, jelen belépési nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Kártyaprogramban részt kívánok venni, az alábbiak szerint:**

1. Tudomásul veszem, hogy jelen Belépési Nyilatkozat önkéntes elhatározásom alapján történő kitöltésével és aláírásával, majd a Dr. Weiss Patika Kft. részére történő megküldésével jogosultságot szerzek a részemre kiállított Kedvezménykártya (a továbbiakban: Kártya) használatára, valamint a Kártyához kapcsolódó kedvezmények és szolgáltatások igénybevételére.

2. Kijelentem, hogy megismertem, és jelen Belépési Nyilatkozat aláírásával magamra nézve kötelező erejűnek elfogadom a Kártyaprogramban való részvétel feltételeit tartalmazó Általános Szerződési Feltételeket (ÁSZF), amely a közöttem, és a Dr. Weiss Patika Kft. közötti szerződés feltételrendszerét szabályozza.

3. Elfogadom, hogy a Kártyaprogram működése alatt kizárólag a Kártya felmutatásával, vagy a Belépési Nyilatkozatban közölt személyes adataim bemondásával vagyok jogosult a Kártyaprogramhoz csatlakozott gyógyszertárakban a Kártyához kapcsolódó kedvezmények és szolgáltatások igénybe vételére.

4. Tudomásul veszem, hogy a Kártya igénylésével egyidejűleg egyedi azonosításra alkalmas adataimat meg kell adnom a Dr. Weiss Patika Kft.-nek, amely a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (a továbbiakban: Avtv.) rendelkezéseinek megfelelően kezeli az alább megadott személyes és egyéb adataimat.

Elfogadom és tudomásul veszem, hogy a Dr. Weiss Patika Kft. az általam megadott adatokat a Kártyaprogramban való részvételem céljából, kizárólag ezen célhoz kötötten használja fel, és tartja nyilván. Ezen adatok a Dr. Weiss Patika Kft. és a Kártyaprogramhoz csatlakozott gyógyszertárakon kívüli személyi kör részére nem kerülnek továbbításra, és a Dr. Weiss Patika Kft. adatfeldolgozó harmadik személyt nem vesz igénybe.

Tudomásul veszem, hogy a személyes adatokat a megjelölteken kívül harmadik személyeknek a Dr. Weiss Patika Kft. csak a törvényben előírt, kötelező rendkívüli adattovábbítások esetén adhat át. A Dr. Weiss Patika Kft. ezen adatokat teljes mértékben a vonatkozó jogszabályi rendelkezések tiszteletben tartásával kezeli, a Kártyaprogramban való részvételem, mint cél elérése érdekében, az ahhoz szükséges mértékben.

A fentiek alapján kijelentem, hogy kifejezetten hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Dr. Weiss Patika Kft. a jelen nyilatkozatban foglalt személyes adataim kezelését végezze.

5. Tudomásul veszem, hogy a Dr. Weiss Patika Kft. fenntartja magának a jogot, hogy az ÁSZF-et – előzetes értesítés mellett – módosítsa, vagy a Kártyaprogramot megszüntesse. Elfogadom, hogy a Kártyaprogram Dr. Weiss Patika Kft. általi megszüntetése esetén a megszüntetéssel összefüggésben igényt, követelést a Dr. Weiss Patika Kft.-vel és a Kártyaprogramhoz csatlakozott gyógyszertárakkal szemben semmilyen jogcímen nem érvényesíthetek.

6. Elfogadom, hogy a Dr. Weiss Patika Kft. és a Kártyaprogramhoz csatlakozott gyógyszertárak nem vállalnak felelősséget a Kártya elvesztéséből kifolyólag keletkezett kár bekövetkeztéért, a Kártya illetéktelen felhasználásáért, valamint a Kártyával való visszaéléstért.

7. Hozzájárulok / nem járulok hozzá (kívánt rész aláhúzendő), hogy a Dr. Weiss Patika Kft. direkt marketing ajánlataival megkeressen.

Dr. Weiss Patikák Kedvezménykártya Igénylő Lap

(kérjük, nyomtatott nagybetűkkel kitölteni)

Patika pecsét:

Rögzítette: _____

Kártyaszám: _____

NÉV: _____

E-MAIL CÍM: _____

Telefonszám: _____

Lakcím: _____

*Születési idő: _____

Az e-mail cím megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Dr. Weiss Patikák Kedvezménykártya Programhoz csatlakozott Gyógyszertár havi rendszerességgel hírlevélben tájékoztasson az aktuális akciókról, valamint a betegségekkel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos tudományos cikkekről.

Ezen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy megismertem és elfogadom a Dr. Weiss Patikák Kedvezménykártya Programhoz csatlakozott Gyógyszertár Kedvezménykártyájának használati feltételeit.

A kártyahasználat aktuális feltételei a Gyógyszertárban és a www.drweisspatika.hu oldalon találhatóak.

Alulírott jelen okirat aláírásával kijelentem, hogy a Belépési Nyilatkozatot áttanulmányoztam, az abban foglaltakat megértettem és a feltételeit magamra vonatkozóan elfogadom.

Alulírott jelen okirat aláírásával elismerem, hogy a fenti számú Kedvezménykártyát átvettem.

Kelt:, 201.... év hó nap

.....
Aláírás

*Kitöltése nem kötelező!