

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY „KARTA NASZEJ RODZINY”

Imię:

Nazwisko:

E-mail:

Data Urodzenia:

Numer Telefonu:

Ulica:

Numer domu/ lokalu:

Miejscowość:

Kod Pocztowy:

Zgłaszam członków:

Ilość osób zgłaszanych: (pole wyboru) 1 2 3 4 5

Imię i Nazwisko osoby zgłaszanej: osoba pełnoletnia niepełnoletnia

Imię i Nazwisko osoby zgłaszanej: osoba pełnoletnia niepełnoletnia

Imię i Nazwisko osoby zgłaszanej: osoba pełnoletnia niepełnoletnia

Imię i Nazwisko osoby zgłaszanej: osoba pełnoletnia niepełnoletnia

Imię i Nazwisko osoby zgłaszanej: osoba pełnoletnia niepełnoletnia

**jeżeli ilość osób zgłaszanych jest większa niż pól w formularzu kolejne osoby wpisz w uwagach, osoby zgłoszone składają podpis na drugiej stronie formularza*

Uwagi:

Wyraż poniższe zgody, aby otrzymywać od nas informację o najnowszych ofertach i wydarzeniach oraz kupony promocyjne:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o charakterze reklamowym i handlowym w ramach lojalnościowego programu „KARTA NASZEJ RODZINY” za pomocą środków komunikacji elektronicznej zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002.

Zapoznałem się i akceptuję Regulamin Programu „Karta Naszej Rodziny”

.....
DATA I PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ
(do złożenia podczas wizyty w klinice)

PODPIS UCZESTNIKÓW PROGRAMU

PODPIS CZŁONKÓW (tylko osoby pełnoletnie do złożenia w siedzibie kliniki podczas pierwszej wizyty)

Imię i Nazwisko: Imię i Nazwisko:

Imię i Nazwisko: Imię i Nazwisko:

Imię i Nazwisko: Imię i Nazwisko:

(Data i Podpis)

(Data i Podpis)

DZIĘKUJEMY ZA REJESTRACJĘ W PROGRAMIE „KARTA NASZEJ RODZINY”

Na podany przez Ciebie adres e-mail wysłaliśmy wiadomość z potwierdzeniem pobrania wniosku o przystąpienie do programu. **ZGŁOŚ SIĘ DO KLINIKI PROORTODONT CELEM POTWIERDZENIA UCZESTNICTWA I ODBIERZ SWOJĄ KARTĘ W TERMINIE 1 MIESIĄCA OD WYSŁANIA WNIOSKU.**

Cały regulamin Programu „Karta Naszej Rodziny” znajdziesz pod adresem www.proortodont.pl/kartanaszejrodziny

WITAMY W PROGRAMIE „KARTA NASZEJ RODZINY”

Zapraszamy do kliniki w celu odebrania Karty Uczestnika Programu.

Przypominamy, że pełnoprawnym członkiem programu stajesz się po złożeniu podpisu na formularzu tak samo jak każda osoba zgłoszona przez Ciebie do programu. Złożyć podpis możesz w momencie kolejnej wizyty w naszej klinice.

W celu umówienia wizyty skontaktuj się z nami za pośrednictwem formularza (link do strony formularz kontaktowy) lub zadzwoń pod numer **22 414-68-89 lub 791 876 888, możesz też wysłać maila na adres gabinet@proortodont.pl.**

Zapraszamy w godzinach od poniedziałku do piątku: 8:00-20:00 oraz soboty: 8:00-14:00.

Na początku rejestracji lub w trakcie poinformuj nasz personel że właśnie zostałeś członkiem programu „Karta Naszej Rodziny”

Wszystkie szczegóły dotyczące programu – regulamin, rabaty i promocje znajdziesz na stronie www.proortodont.pl

Dziękujemy i do zobaczenia,

PRO ORTODONT

Polityka prywatności

Informujemy, że dane osobowe zawarte w formularzu będą przetwarzane, o ile wyrażą Państwo na to zgodę, przez "Pro Ortodont Centrum Stomatologii i Ortodoncji Arleta Nawrołska adres: ul. Filtrowa 59/2, 02-056 Warszawa, jako administratora danych.

PRO ORTODONT ul. Filtrowa 59 lokal nr 2, 02-056 Warszawa , Tel. 22 414-68-89, 791 876 888, www.proortodont.pl, e-mail: gabinet@proortodont.pl