ZGODA

Imię i Nazwisko : .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. imienia i nazwiska, oraz adresu e-mail ..... lub numeru telefonu ..... przez Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy w Krakowie (MOMP) ul. Zygmunta Augusta 1, 31-504 Kraków w związku z organizowanymi przez MOMP szkoleniami i programami z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.

.....

Data i Podpis

Wyrażam zgodę na systematyczne otrzymywanie od Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy w Krakowie (MOMP) ul. Zygmunta Augusta 1, 31-504 Kraków informacji handlowych związanych z przesyłaniem zaproszeń do udziału w szkoleniach, programach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia za pośrednictwem poczty elektronicznej, na podany przeze mnie adres e-mail w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego.

Jestem świadomy, że zgoda jest dobrowolna i mogę jej nie wyrazić i nie poniosę z tego tytułu żadnych negatywnych konsekwencji oraz, że jeśli wyrażę zgodę, to mogę ją wycofać w każdej chwili.

Zostałem/zostałam poinformowany/a, że wyrażenie przeze mnie sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych w postaci adresu e-mail bądź wycofanie zgody na otrzymywanie od MOMP informacji handlowej będzie skutkowało zaprzestaniem kierowania do mnie ofert handlowych.

.....

Data i Podpis