

Latvijas aptieka

Kartes Nr.:

Vārds

Uzvārds

Personas kods – *

* Nepieciešams aizpildīt programmas dalībnieka identificēšanai kartes nozaudēšanas gadījumā

Adrese:

Novads _____ Pilsēta _____ Indekss LV- _____

Iela _____ Mājas numurs _____ Dzīvokļa numurs _____

Tālrūnis _____ Mobilais tālrūnis _____

E-pasts _____

Nodarbošanās:

uzņēmējs ierēdnis pensionārs
vadītājs strādnieks mājsaimniece
speciālists students bezdarbnieks

Vēlamā sazināšanās valoda:

latviešu krievu

Vēlos / nevēlos saņemt papildu informāciju par:

cukura psoriāzi sirds un asinsvadu urīnceļu aknu un aizkuņģa
diabētu saslimšanām saslimšanām dziedera saslimšanām
kaulu un locītavu acu grūtniecību un nervu
sistēmas slimībām slimībām sieviešu slimībām slimībām

Man aktuāla ir informācija par:

zīdaiņa veselību pirmsskolas vecuma bērna veselību pusaudža veselību

Informāciju vēlos saņemt:

e-pastā pa pastu kā sms

Vēlos saņemt informāciju par īpašajiem *Latvijas aptiekas* lojalitātes programmas piedāvājumiem. Apstiprinu, ka saņemtā informācija ir patiesa un esmu iepazinies/-usies ar *Latvijas aptiekas* lojalitātes programmas noteikumiem.

(paraksts)

(datums)

Šajā anketā norādītie dati tiks izmantoti tikai *Latvijas aptiekas* lojalitātes programmas datu apstrādes sistēmā. Anketā norādītie dati tiek vākti un apstrādāti saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu.

Piekrītu, ka SIA *Latvijas aptieka* neierobežotā laika periodā un apmērā apstrādā šajā anketā iesniegtos personas datus (veic jebkuras darbības, ieskaitot datu vākšanu, reģistrēšanu, ievadīšanu, glabāšanu, sakārtošanu, pārveidošanu, izmantošanu, nodošanu, pārraidīšanu un izpaušanu, bloķēšanu vai dzēšanu).

Latvijas aptieka

Карта №.:

Имя

Фамилия

Персональный код – *

* Необходимо заполнить для идентификации участника программы в случае утери карты.

Адрес:

Край _____ Город _____ Индекс LV- _____

Улица _____ Номер дома _____ Номер квартиры _____

Телефон _____ Мобильный телефон _____

Е-почта _____

Занятие:

предприниматель чиновник пенсионер

руководитель рабочий домохозяйка

специалист студент безработный

Желаемый язык общения:

латышский

русский

Хочу/ не хочу получать дополнительную информацию об:

сахарном сердечно - сосудистых заболеваниях моче- заболеваниях печени и
диабете заболеваниях испускательных путей поджелудочной железы

псориазе заболеваниях костно- заболеваниях беременности и нервных
суставной системы глаз женских болезнях болезнях

Для меня актуальная информация:

здоровье грудничков здоровье детей дошкольного возраста здоровье подростков

Хочу получать информацию:

на e-почту по почте как sms

Хочу получать информацию о специальных предложениях программы лояльности *Latvijas aptieka*. Я подтверждаю, что предоставленная информация является достоверной и я ознакомился/-ась с правилами программы лояльности *Latvijas aptieka*.

_____ (подпись)

_____ (дата)

Указанные в этой анкете данные будут использованы только и единственно в системе переработки данных лояльности *Latvijas aptieka*. Указанные в анкете данные собраны и обработаны в соответствии с Законом о защите данных физических лиц.

Я даю добровольное согласие SIA *Latvijas aptieka* на обработку предоставленных мною в анкете персональных данных на неограниченное время (в том числе на любые действия, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных).