

MODULO RICHIESTA FIDELITY CARD

Fidelity Card numero:

Nuova:

Aggiornamento:

Sostituzione:

Data emissione:

DATI RICHIEDENTE

Nome: _____ Cognome: _____

Data di Nascita: _____ Indirizzo: _____

Città/Provincia : _____ Cap: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo mail: _____ tel.: _____ cellulare: _____

Privacy - Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. N. 196/2003 Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. N. 196/2003 (ex art. 10 Legge n. 675/1996), lo Studio Hyria Dental informa che i dati personali dei Clienti iscritti o comunque acquisiti nel corso del programma Fidelity Card saranno trattati, nel rispetto delle garanzie di riservatezza e delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente attraverso strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità del trattamento, i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione. Acconsento al trattamento dei miei dati personali nel rispetto di quanto stabilito dalla legge D.lgs. N. 196/2003 e successive modifiche sulla tutela degli stessi.

Data _____

Firma _____