



SIBERIAN
HEALTH

DEMANDE D'INSCRIPTION

PROGRAMME POUR LES CLIENTS PRIVILÉGIÉS DE SIBERIAN HEALTH

SIBERIAN HEALTH s.r.o.

(Désigné ci-après – Siberian Health)

SIBERIAN HEALTH s.r.l., Blanická 590/3, 120 00 Prague 2

Enregistrée au Registre du Commerce et des Sociétés
du Tribunal municipal de Prague, section C,
feuille 208251

Numéro dans le Registre du commerce
et des sociétés
Numéro d'identification fiscale (NIF)

Numéro individuel :

Contact téléphonique: +420 222 523 021

e-mail: paha@sibvaleo.com
Site: www.siberianhealth.com

FR

Données personnelles:

Monsieur ☐ Madame ☐ Conjoint(s) ☐

Nom, prénom:

Date de naissance:

Nationalité:

Pays de résidence:

Code postal:

Ville:

Adresse :

e-mail:

Contact téléphonique:

À remplir uniquement si les deux conjoints ont l'intention de s'inscrire sur un seul numéro individuel

Informations sur le(s) conjoint(s):

Nom, prénom:

Date de naissance:

Nationalité:

Pays de résidence:

Code postal:

Ville:

Adresse :

e-mail:

Contact téléphonique:

Informations sur le Consultant/Client privilégié qui a donné la recommandation :

Numéro individuel:

Nom de famille:

Prénom:

Nationalité:

Contact téléphonique:

e-mail:

Le Client privilégié est considéré comme inscrit après que Siberian Health a enregistré sa demande dûment remplie et signée. Par ma signature, je confirme que j'adhère au Programme pour les Clients privilégiés de Siberian Health et que je l'accepte dans son intégralité.

Je donne mon consentement par la présente au traitement de mes données personnelles, à savoir l'exécution de toute opération sur ces dernières que ce soit via des processus automatisés ou non (y compris le recueil, l'enregistrement, l'organisation, la systématisation, la collecte, le stockage, l'actualisation, la rectification (mise à jour, modification), l'extraction, l'utilisation, la consultation, la transmission, l'anonymisation, le blocage, la suppression, la destruction).

Je donne mon consentement à la transmission de mes données personnelles mentionnées dans la présente demande à d'autres sociétés vendant des produits avec la marque Siberian Health, y compris celles situées dans d'autres pays, à fin d'analyse et d'optimisation des activités liées à la vente des produits de Siberian Health.

Conformément aux dispositions de la directive 95/46/CE, j'ai été informé que j'ai le droit à tout moment de demander la modification ou la suppression de mes données personnelles, ainsi que de m'opposer à leur traitement ultérieur. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser à Siberian Health. Par ma signature, je donne mon consentement pour recevoir des informations de la part de Siberian Health (y compris publicitaires) via les réseaux de télécommunication, et notamment via l'utilisation du courrier électronique, du téléphone, du fax, de la téléphonie mobile et d'Internet.

Par ses propres moyens Je n'ai pas
d'autre numéro individuel
chez Siberian Health.

Signature: _____

Signature (conjoint(s)/conjoint): _____