SIBERIAN HEALTH

DICHIARAZIONE DI REGISTRAZIONE

PROGRAMMA PER I CLIENTI PRIVILEGIATI DELLA SIBERIAN HEALTH

SIBERIAN HEALTH s.r.o., Blanická 590/3, 120 00 Praga 2
(Di seguito – **Siberian Health**)
Iscritta nel Registro di commercio del Tribunale comunale di Praga, sezione C, foglio 208251
Codice fiscale: Cz01543954
Numero nel registro delle persone giuridiche: 01543954

Numero individuale:

Telefono: + 420 222 523 021
Fax: + 420 222 523 021
e-mail: praha@sibvaleo.com
Sito web: www.siberianhealth.com

EU

Dati personali:

Sig. Sig.ra Coniugi

Nome e cognome:
Data di nascita: Cittadinanza:
Paese di residenza:
CAP: Città:
Indirizzo:
e-mail:
Contatto telefonico:

Deve essere compilato solo nel caso in cui entrambi i coniugi hanno intenzione di registrarsi ad un numero individuale.

Dati di moglie/marito:

Nome e cognome:
Data di nascita: Cittadinanza:
Paese di residenza:
CAP: Città:
Indirizzo:
e-mail:
Contatto telefonico:

Dati di Consulente/Cliente Privilegiato che ha suggerito l'Azienda:

Numero individuale:
Cognome:
Nome:
Cittadinanza:
Contatto telefonico:
e-mail:

Il Cliente Privilegiato viene considerato iscritto dopo la registrazione della sua dichiarazione debitamente compilata e firmata da parte della **Siberian Health.**

Con la mia firma confermo che aderisco al Programma per i Clienti Privilegiati della **Siberian Health** e lo accetto per intero.

Con la presente autorizzo al trattamento dei miei dati personali, ovvero a ogni operazione sia usando strumenti automatici sia senza di essi (compresi raccolta, registrazione, organizzazione, sistematizzazione, accumulo, conservazione, attualizzazione, rettifica (aggiornamento, modifica), estrazione, utilizzo, consulenza, trasmissione, depersonalizzazione, blocco, cancellazione, distruzione).

Autorizzo alla comunicazione dei miei dati personali, indicati nella presente dichiarazione, ad altre aziende che vendono i prodotti del marchio **Siberian Health** (anche in altri paesi), per la loro analisi e l'ottimizzazione di attività per la realizzazione dei prodotti della **Siberian Health**.

In conformità con le norme della Direttiva europea 95/46/CE sono stato informato, che in qualsiasi momento ho il diritto di richiedere la modifica o la cancellazione dei miei dati personali, opponendomi al loro ulteriore trattamento. Per esercitare tale diritto è necessario contattare la **Siberian Health**.

Con la mia firma esprimo il consenso a ricevere informazioni dalla **Siberian Health** (pubblicità compresa) tramite e-mail, telefono, fax, cellulare ed Internet.

Non ho altro numero individuale della **Siberian Health**.

Firma: _____

Firma (moglie/marito): _____

000000 | 052016