FORMULARZ ZWROTU PRODUKTU

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

*pola obowiązkowe. Poniższe oświadczenie może być złożone wyłącznie przez osobę, która ukończyła 18 lat.

Imię i nazwisko*_____

Data urodzenia*_____

Telefon*:_____ e-mail:_____

Ulica*_____

Kod pocztowy*:_____Miejscowość*:_____

Nazwa banku*:_____

Nr rachunku bankowego*:

Nazwa zakupionego produktu*:_____

Powód zwrotu*:_____

Oświadczenie Uczestnika Programu:
Zgłaszam swój udział w akcji ,,Satysfakcja Gwarantowana". Zapoznałał (-em) się z Regulaminem akcji znajdującym się na stronie: www.opaskinanudnosci.pl i akceptuję jego postanowienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach opisanych w niniejszym Regulaminie zgodnie z postanowieniami ustawy o ochronie danych osobowych (tekst. Jedn. Dz.U. z 2002 r., nr 101, poz.926 ze zm.) w celu przeprowadzenia akcji objętej Regulaminem.
Administratorem danych osobowych jest Salus International Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach ul. Pułaskiego 9. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w akcji. Uczestnikowi, który podał swoje dane, przysługuje prawo wglądu do swoich danych, ich poprawiania oraz żadania usunięcia.

Data*:_____

Podpis*:_____