

ÁTVÉTELI IGAZOLÁS

2018. _____ (hónap) Átvétel igazolása _____ (Megbízó) levelének átadásáról orvosok és egészségügyi szakdolgozók részére.

Felnőtt háziorvos	Házi gyermekorvos	Asszisztens	Védőnő	Gyógyszerügyi szakdolgozó	Szakorvos	Darabszám	Alírási hely	Bélyegző	Megjegyzés

A jelen nyilatkozat aláírásával ezúton hozzájárulok ahhoz, hogy az IDS-Medical Kft - mint adatkezelő - kezelje alábbi személyes adataimat az általa nyújtott szolgáltatás (levél / termékminta személyes átadása) teljesítése érdekében az ahhoz szükséges mértékben és időtartamig:

Név (nyomtatottan)	
Rendelő címe	

Az IDS-Medical Kft. Adatvédelmi tájékoztatója megtekinthető a <http://ids-hungary.hu/adatvedelmi-tajekoztato/> weboldalon. Ezen weboldalon lehetséges a hozzájárulás visszavonása is. A nyilatkozat aláírásával megerősítem, hogy az IDS-Medical Kft. a tájékoztatást részemre megadta a fent körülírt adataim kezelésével és továbbításával kapcsolatos tudnivalókról az Adatvédelmi Tájékoztató rendelkezésemre bocsátásával és ezen tájékoztatás alapján kifejezetten hozzájárulok a fent leírtaknak megfelelő adatkezeléshez.

Kelt. _____ 2018. _____ hó _____ napján