



## ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΜΕΛΟΥΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ALPHA BANK

**A.M. CEPAL** .....

**ΕΠΩΝΥΜΟ** ..... **ΟΝΟΜΑ** .....

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ** ..... **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ** .....

**A.M.K.A.** ..... **ΚΙΝΗΤΟ** .....

Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ ..... ΑΡΙΘΜ ..... ΤΚ ..... ΠΟΛΗ .....

ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ ..... E-MAIL .....

ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ - ΜΟΝΑΔΑ ..... ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....

### ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ)

ΕΠΩΝΥΜΟ .....

ΟΝΟΜΑ .....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ .....

ΑΜΚΑ .....

Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, θα κάνουμε χρήση των προσωπικών σας δεδομένων για τους ακόλουθους σκοπούς:

Ενημέρωση για παροχές υγείας, υπηρεσίες, προωθητικές ενέργειες, προϊόντα, εκδηλώσεις, προσφορές μέσω email, φυλλαδίων, newsletter, SMS, τηλεφώνου και άλλων ηλεκτρονικών μέσων.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Το ανωτέρω μέλος του **Συλλόγου Προσωπικού Cepal Hellas** δηλώνω ότι συναινώ στην έκδοση Κάρτας Μέλους Πολυιατρείου του Συλλόγου Προσωπικού Alpha Bank

**Ημερομηνία**

...../...../20.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

.....