

FORMULARZ UCZESTNICTWA W PROGRAMIE LOJALNOŚCIOWYM EUROPEJSKIEGO CENTRUM ZARZĄDZANIA I OCHRONY PRAWNEJ SP. Z O.O.

Ja, niżej podpisany/a proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Programu Lojalnościowego „**PORTAL FINANSOWY**” Europejskiego Centrum Zarządzania i Ochrony Prawnej sp. z o.o.

Imię :	
Nazwisko:	
Urodzony/a w:	
PESEL:	
E-mail	
Nr telefonu:	

*warunkiem przystąpienia do programu jest akceptacja wszystkich poniższych klauzul



Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Europejskie Centrum Zarządzania i Ochrony Prawnej sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Świętego Antoniego 9, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000239564, moich danych osobowych zawartych w formularzu uczestnictwa oraz podanych przeze mnie dodatkowo w trakcie uczestnictwa w Programie, również po wystąpieniu z Programu, w celach marketingowych zgodnie z Rozporządzeniem 2016/679, aż do odwołania.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, iż administratorem danych jest Organizator, podanie danych jest dobrowolne, a także że przysługuje mi prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do przeniesienia moich danych.



Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Europejskie Centrum Zarządzania i Ochrony Prawnej sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Świętego Antoniego 9, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000239564, moich danych osobowych zawartych w formularzu uczestnictwa oraz podanych przeze mnie dodatkowo w trakcie uczestnictwa w Programie, również po wystąpieniu z Programu, w celu otrzymywania drogą elektroniczną informacji handlowych zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, aż do odwołania.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, iż administratorem danych jest Organizator, podanie danych jest dobrowolne, a także że przysługuje mi prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do przeniesienia moich danych.



Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polską Kancelarię Brokerską sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Świętego Antoniego 7, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000140856, NIP 8971678884, REGON 93284908200000, moich danych osobowych zawartych we wniosku o objęcie ubezpieczeniem grupowym oraz podanych przeze mnie dodatkowo w trakcie Ubezpieczenia, również po wygaśnięciu Ubezpieczenia, w celach marketingowych zgodnie z Rozporządzeniem 2016/679, aż do odwołania.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, iż administratorem danych jest Broker, podanie danych jest dobrowolne, a także że przysługuje mi prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do przeniesienia moich danych.



Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polską Kancelarię Brokerską sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Świętego Antoniego 9, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000140856, moich danych osobowych zawartych we wniosku ubezpieczenia oraz podanych przeze mnie dodatkowo w trakcie Ubezpieczenia, również po wygaśnięciu Ubezpieczenia, w celu otrzymywania drogą elektroniczną informacji handlowych zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, aż do odwołania.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, iż administratorem danych jest Broker, podanie danych jest dobrowolne, a także że przysługuje mi prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do przeniesienia moich danych.



Upoważniam Polską Kancelarię Brokerską sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Świętego Antoniego 9, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000140856, do wystąpienia z wnioskiem o wystawienie polisy zgodnie z wybranym przeze mnie we wniosku ubezpieczenia wariantem ubezpieczenia.

.....

(podpis oraz data)

Zapoznałem się z warunkami Regulaminu i go akceptuję:

.....
(podpis oraz data)

Zapoznałem się z informacją dotyczącą Administratora danych osobowych:

.....
(podpis oraz data)