

**ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE ENEL-CARE**

Niniejszym zgłaszam chęć przystąpienia naszej firmy do Programu Enel-Care Centrum Medycznego ENEL-MED S.A.

Data zgłoszenia:

Pełna nazwa firmy:	
Adres rejestrowy firmy (do umowy):	
Adres korespondencyjny (siedziba):	
Imię, nazwisko i stanowisko osoby reprezentującej firmę (do umowy):	
E-mail do osoby kontaktowej:	Numer telefonu osoby kontaktowej:
Numer KRS:	
Numer NIP:	
Numer REGON:	

Termin zgłoszenia uczestnictwa w programie dla nowych klientów do 20 dnia każdego miesiąca.
Wszystkie pola powinny być uzupełnione, aby umożliwić przygotowanie umowy do podpisu.

Wypełnione i podpisane zgłoszenie prosimy przesłać na adres mailowy: nexus@enel.pl

Administratorem danych osobowych podanych w formularzu jest Centrum Medyczne ENEL-MED Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa (ADO). Głównym celem przetwarzania Państwa danych osobowych jest podejmowanie działań przed zawarciem umowy, w tym kontakt w sprawach związanych z jej zawarciem.

W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje Państwu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu. Mają Państwo również prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO.

Szczegółowe informacje na temat celu, w jakim dane osobowe będą/mogą być przetwarzane przez ADO, podstawy prawnej tego przetwarzania, przysługujących Państwu praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz okresu przechowywania danych osobowych znajdują się w Polityce prywatności dostępnej na stronie www.enel.pl. Prosimy o zapoznanie się z jej treścią.

.....
data podpisania zgłoszenia

.....
Podpis zgłaszającego