

.....
(miejscowość i data)

ZGODA NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI HANDLOWYCH I MARKETINGOWYCH

Ja, niżej podpisany/a....., działając na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. „RODO” oraz właściwych przepisów dotyczących komunikacji elektronicznej, wyrażam dobrowolną zgodę na przesyłanie przez Klinikę Holi Centrum z siedzibą przy ul. Michała Stachowicza 12/3, 30-103 Kraków NIP: 6772537789, informacji handlowych i marketingowych dotyczących działalności Kliniki, w szczególności obejmujących:

- 1) informacje o nowych usługach terapeutycznych i diagnostycznych,
- 2) newslettery i materiały informacyjne,
- 3) informacje o promocjach, rabatach oraz ofertach specjalnych,
- 4) zaproszenia na wydarzenia,
- 5) informacje dotyczące aktualnej oferty świadczeń realizowanych przez Klinikę.

Wyrażam zgodę na kontakt w celach marketingowych za pośrednictwem:

- ☐ poczty elektronicznej (e-mail)
- ☐ wiadomości SMS
- ☐ kontaktu telefonicznego

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. *udzielenie niniejszej zgody jest dobrowolne i nie stanowi warunku korzystania z usług świadczonych przez Klinikę;*
2. *zgoda może zostać cofnięta w każdym czasie bez wpływu na zgodność z prawem działań podjętych przed jej cofnięciem;*

3. *administratorem danych osobowych jest Klinika Holi Centrum z siedzibą przy ul. Michała Stachowicza 12/3, 30-103 Kraków NIP: 6772537789;*
4. *szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w Polityce Prywatności oraz Klauzuli Informacyjnej RODO dostępnej w siedzibie Kliniki oraz na stronie internetowej Administratora.*

.....
(podpis)