

Codice Fiscale Paziente:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DELL'ABBONATO

Dichiaro di avere preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27/4/2016 "GDPR", consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" ossia i dati "idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale", presto il consenso al trattamento dei dati necessari all'espletamento del servizio doFar Plus come indicato nell'informativa e comunque strettamente connesse alla gestione del rapporto contrattuale.

Data : / / Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali diversi da quelli sensibili per ricevere comunicazioni da doFar come specificato al punto 1.2.a dell'Informativa: Sì No

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali diversi da quelli sensibili per ricevere comunicazioni da parte di aziende terze come specificato al punto 1.2.b dell'Informativa: Sì No

Data : / / Firma

Il sottoscrittore dell'abbonamento doFar Plus, ai fini della normativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27/4/2016 "GDPR", dichiara sotto la propria ed esclusiva responsabilità di aver ricevuto espressa autorizzazione a comunicare a doFar Srl i dati relativi a: Delegato, Referente al fine unico di poter espletare il servizio richiesto.

Data : / / Firma

DATI PAZIENTE - TERZO FRUITORE

(compilare con i dati della persona che fruirà del servizio doFar Plus se diverso dall'intestatario della fattura)

Cognome:

Nome:

Nato/a a:

il: / / Provincia nasc.: Stato nascita.: Sesso: F M

Comune: CAP:

Indirizzo: N°:

Prov:

E-Mail:

Telefono: Cellulare:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL PAZIENTE TERZO FRUITORE

(da sottoscrivere a nome del paziente fruitore del servizio doFar Premium se diverso dall'intestatario della fattura)

Dichiaro di avere preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27/4/2016 "GDPR", consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" ossia i dati "idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale", presto il consenso al trattamento dei dati necessari all'espletamento del servizio doFar Plus come indicato nell'informativa e comunque strettamente connesse alla gestione del rapporto contrattuale.

Data : / / Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali diversi da quelli sensibili per ricevere comunicazioni da doFar come specificato al punto 1.2.a dell'Informativa: Sì No

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali diversi da quelli sensibili per ricevere comunicazioni da parte di aziende terze come specificato al punto 1.2.b dell'Informativa: Sì No

Data : / / Firma

