

FARMA REPORT
RICHIESTA DI ATTIVAZIONE

NOME

COGNOME

INDIRIZZO

CITTA'

CODICE FISCALE

TELEFONO

EMAIL

Privacy

Aderisco al servizio gratuito "Farma Report". Ai sensi del D.Lgs 196/2003 codice sulla privacy, autorizzo la Nuova Farmacia Amica S.a.s., al trattamento informatico dei miei dati personali, anche sanitari, necessari per l'erogazione di detto servizio.

Data, _____

Firma