



RICHIESTA DI CODIFICA CLIENTE

Farmacia (Cognome e nome del titolare, se privata; esatta denominazione sociale, se società)
Indirizzo di consegna Via.....n°.....
Località Provincia
Tel Fax E-mail
Codice Fiscale
Partita IVA
Software-house ASL

Con la presente si autorizza UNICO La farmacia dei farmacisti SpA (“UNICO”) a contattare la Software House sopraindicata per attivare le procedure necessarie al collegamento tra la farmacia e i magazzini UNICO al fine di consentire l’eventuale avvio di forniture.

Resta inteso che la sottoscrizione del presente modulo è finalizzata esclusivamente all’attivazione del collegamento con i magazzini Unico e non costituisce, ad alcun effetto, impegno di acquisto di forniture da UNICO da parte della farmacia.

Firma del Titolare della farmacia

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti dell’art.24, D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, sottoscrivendo il presente modulo si acconsente alla conservazione ed al trattamento dei dati sensibili e personali, consapevoli che gli stessi saranno trattati e custoditi nel rispetto della vigente legislazione in materia.

I predetti dati verranno trattati con procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il trattamento avverrà per fini commerciali nell’ambito ed in funzione dell’esecuzione degli stipulati contratti.

I dati personali potranno essere comunicati a terzi in Italia o all’estero, per il conseguimento dei fini sopra indicati.

Gli interessati hanno diritto: **a)** di avere conferma dell’esistenza di eventuali trattamenti di dati personali che li riguardano; **b)** di ottenere la cancellazione, la trasformazione, l’aggiornamento, la rettificazione e/o l’integrazione dei dati medesimi; **c)** di opporsi al trattamento di dati personali ai fini di informazione commerciale e di invio di materiale pubblicitario.

Firma del Titolare della farmacia

Potete inviare il presente modulo compilato via fax al n. 02/93793239 oppure come allegato all’indirizzo: marketing@unicospa.it