## Анкета владельца дисконтной карты №

*Личные данные:*

*(№ карты – 13-ти значный номер штрих кода - заполняется сотрудником аптечного учреждения)*

| | |
|---|---|
| Фамилия* | |
| Имя* | |
| Отчество | |
| Дата рождения | |
| Пол | М ☐ Ж ☐ |

*Укажите Вашу контактную информацию:*

| | |
|---|---|
| Контактный телефон* | ( ) |
| E-mail* | |

| | |
|---|---|
| Каким способом Вы хотели бы получать от нас информацию?* | ☐ sms<br>☐ e-mail<br>☐ не хочу получать информацию |

☐ Подтверждаю, что даю свое согласие на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес электронной почты, номер телефона)

* поля, обязательные для заполнения

Дата: Подпись:

**Заполняется сотрудником, аптечного учреждения, выдавшим дисконтную карту**

| | |
|---|---|
| Аптечное учреждение | |
| Основание выдачи карты | ☐ замена карты старого образца<br>№ _____<br>☐ взамен утерянной<br>№ _____<br>☐ выдача новой карты - единоразовая покупка на сумму: _____<br>☐ другие причины (указать)<br>_____ |

Дата: Подпись: