

ДО
ИЗПЪЛНИТЕЛНИТЕ ДИРЕКТОРИ НА
„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК“ ЕАД

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ.....
име, презиме, фамилия

.....
адрес за кореспонденция

.....
телефонен номер и адрес на електронна поща на заявителя

УВАЖАЕМИ Г-ДА ИЗПЪЛНИТЕЛНИ ДИРЕКТОРИ,

.....
изложение в свободен текст

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Моля, попълнете, в случай, че заявлението е свързано с искане за възстановяване на сума по банков път:

Титуляр:

IBAN:

Банка:

Прилагам следните документи към Заявлението:

1.

2.

Уведомен/а съм за основанията и целите, за които „Аджибадем Сити Клиник“ ЕАД събира и обработва личните ми данни, предоставени във връзка с предявяването на това заявление. Запознат/а съм с правата, които имам по отношение на личните ми данни и начините са упражняването им.

Дата:

Подпис: