



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

“RIDERS CARE”

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:				
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΦΥΛΟ	A		Γ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΑΔΤ:				
ΑΦΜ:	ΜΑΙΛ:				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	ΤΗΛ:				

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:				
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΦΥΛΟ	A		Γ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΑΔΤ:				
ΑΦΜ:	ΜΑΙΛ:				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	ΤΗΛ:				

Τα προσωπικά μου στοιχεία που δόθηκαν είναι ακριβή και αληθή και δόθηκαν με τη συναίνεση μου. Παρέχω στην εταιρία New Health System “NHS”, την συγκατάθεση και την συναίνεσή μου να τηρεί σε αρχείο και να επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα που έρχονται σε γνώση της, βάσει της παρούσας αίτησης, για τους σκοπούς του προγράμματος της New Health System.

Η New Health System «NHS» εφαρμόζει και συμμορφώνεται πλήρως με την κείμενη νομοθεσία περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, τόσο τον Ν. 2472/1997 όσο και τον κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου & του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 [(GDPR – General Data Protection Regulation) - «Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων»].

Η εταιρία έχει λάβει τη συναίνεση των μελών για την εκχώρηση των προσωπικών τους δεδομένων & τα παραχωρεί στην NHS ώστε να τους παράσχει τις προαναφερόμενες υπηρεσίες υγείας

Ο ΑΙΤΩΝ
(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
___/___/___