

MODULO RICHIESTA NOLEGGIO**DATI PERSONALI**

Nome: _____
Cognome: _____
Documento identità: _____
Codice fiscale: _____
Telefono: _____
Email: _____
Via: _____
Città: _____
Provincia: _____

DATI OPERATIVI

Articolo a noleggio: _____
Tempo previsto: _____
Data inizio noleggio: _____
Data fine noleggio: _____
Costo noleggio: _____
Caparra per noleggio: _____
Farmacia del noleggio: _____
Note

Timbro farmacia

 accetto la seguente legge sulla Privacy

Medical Rent s.a.s. – via Brigata Pavia 27/A – 34170 Gorizia – Titolare del trattamento, La informa che ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, i Suoi dati personali raccolti con il presente modulo saranno utilizzati, oltre che per la gestione del rapporto fra Lei e Medical Rent s.a.s. esclusivamente per inviarLe ,anche attraverso l'impiego di strumenti automatizzati, comunicazioni che riguardano servizi ed offerte esclusive messe a disposizione per Lei da Medical Rent s.a.s. e dai suoi Partner. I dati personali raccolti non saranno comunicati a terzi al di fuori di Medical Rent s.a.s. E' possibile rivolgersi a Medical Rent s.a.s. tramite i contatti disponibili su www.medicalrent.org per verificare i propri dati e farli integrare, aggiornare o rettificare e/o esercitare gli altri diritti previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/03.