



WErespectANIMALS

VETERINARY MEDICAMENTS PRODUCER

## FORMULAR DE ÎNSCRIERE PENTRU PROGRAMUL DE LOIALITATE BANCA BIOVETA

MEDIC VETERINAR (NUME, PRENUME):

.....  
NUMELE COMPANIEI (BENEFICIAR):

.....  
CUI:

.....  
CIF:

.....  
STRADA, NR.:

.....  
ORAȘ, COD POȘTAL:

.....  
NUMĂR TELEFON:

.....  
E-MAIL:

.....  
DISTRIBUITOR /DISTRIBUTORI:

*Medicul veterinar este de acord ca firma Bioveta să proceseze în scopuri de marketing datele sale personale și datele cu privire la achizițiile de produse în scopul de a oferi beneficiile programului de loialitate Banca Bioveta.*

*Bioveta, a.s. are dreptul de a schimba sistemul de punctare a produselor de uz veterinar din portofoliu și regulile programului de loialitate Banca Bioveta.*

Locul și data

Semnatura și ștampila Partenerului