

Αγαπητέ συνεργάτη,
στο πλαίσιο της συνεργασίας σας με τη ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ παρακαλούμε συμπληρώστε το παρόν έγγραφο και στείλτε μας το σκαναρισμένο στη διεύθυνση dataprotection@dinamiki.gr, είτε με fax στο 2105799670, είτε ταχυδρομικά.

| | |
|---|--|
| Επωνυμία Φαρμακείου: | Ωράριο λειτουργίας: |
| Όνοματεπώνυμο Διαχειριστή Φαρμακείου: | Email Φαρμακείου για τη συνεργασία (ενημέρωση για οικονομικές πληροφορίες, ανακλήσεις, αλλαγές τιμών): |
| Κινητό τηλέφωνο Διαχειριστή Φαρμακείου: | |

ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ, εάν επιθυμείτε να επικοινωνούμε με επιπλέον άτομα επικοινωνίας, υπαλλήλους ή συνεργάτες για ενημερώσεις (π.χ. αλλαγές τιμών φαρμάκων) ή προωθητικές ενέργειες (τρέχουσες προσφορές) από τη ΔΥΝΑΜΙΚΗ παρακαλώ συμπληρώστε τα στοιχεία τους.

| | |
|--|--|
| Όνοματεπώνυμο: Τηλέφωνο επικοινωνίας: email: | Όνοματεπώνυμο: Τηλέφωνο επικοινωνίας: email: |
| Όνοματεπώνυμο: Τηλέφωνο επικοινωνίας: email: | Όνοματεπώνυμο: Τηλέφωνο επικοινωνίας: email: |

*Τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή και θα προβώ σε επικαιροποίησή τους, σε τυχόν αλλαγή τους.
Έχω ενημερώσει τα ανωτέρω φυσικά πρόσωπα (Υπάλληλοι-Συνεργάτες φαρμακείου) για τη γνωστοποίηση των στοιχείων τους στη Δυναμική Φαρμακαποθήκη και έχω λάβει τη σχετική συγκατάθεσή τους.*

| | |
|--|--|
| Σφραγίδα φαρμακείου: | |
| Ημερομηνία: | |
| Όνομα και υπογραφή Διαχειριστή Φαρμακείου: | |