



## ZAŁĄCZNIK NR 1

Ja, niżej podpisany/a .....,  
deklaruje chęć przystąpienia do Programu pod nazwą: „VYNN GROUP – Program PHARM  
FOOT PODO AKADEMIA”

Prosimy o wypełnianie formularza drukowanymi literami

DANE PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W ZAKRESIE  
ŚWIADCZENIA USŁUG NAUKI Z ZAKRESU PODOLOGII

nazwa firmy: .....

adres: .....

numer NIP: .....

e-mail: .....

telefon: .....

Oświadczam, iż:

I. Jestem osobą uprawnioną do reprezentacji powyżej wskazanego Podmiotu, a wszelkie podane oświadczenia są w pełni zgodne z prawdą.

II. Zapoznałam(-em) się z Regulaminem Programu Partnerskiego oraz w pełni akceptuję jego postanowienia (dostępny na [www.pharmfoot.com](http://www.pharmfoot.com));

III. Wyrażam zgodę na umieszczenie danych Partnera (nazwa, adres, telefon, e-mail) na stronie [www.pharmfoot.com](http://www.pharmfoot.com) jako Partnera marki PHARM FOOT.

IV. Zobowiązuję się do:

- realizacji programu postanowień „VYNN GROUP – Program PHARM FOOT PODO AKADEMIA”

- informowaniu Organizatora o wszelkich zmianach danych informacji wskazanych powyżej.

Opcjonalnie

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podane dane kontaktowe, tj.

- telefon,
- adres poczty elektronicznej,
- wszystkie powyższe

informacji handlowych oraz marketingowych wysyłanych przez Organizatora. Oświadczam, iż Zapoznałam(-em) się z Polityką Prywatności Organizatora oraz w pełni akceptuję jej postanowienia (dostępna na [www.pharmfoot.com](http://www.pharmfoot.com));

.....  
Data i czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Podmiotu

Deklaracje prosimy wysłać pocztą lub e-mailem:

adres pocztowy:

VYNN GROUP Sp. z o.o.

ul. Żwirowa 18

05-506 Wilcza Góra

e-mail: [podoakademia@pharmfoot.com](mailto:podoakademia@pharmfoot.com).

Dodatkowe informacje są udzielane pod adresem Organizatora:

[podoakademia@pharmfoot.com](mailto:podoakademia@pharmfoot.com)

