

HAIRMAX[®]

The science of hair growth.

VASARI oficjalny dystrybutor

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU "POWIEDZ STOP ŁYSIENIU Z HAIRMAX"

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI I PRZESŁANIE NA E-MAIL

A.BARANSKA@HAIRMAX.NET.PL DO DNIA 28.02.2019

DANE UCZESTNIKA PROGRAMU

IMIĘ I NAZWISKO.....

ADRES E-MAIL.....

NUMER TELEFONU.....

OPIS PROBLEMU

.....
.....
.....
.....
.....
.....

***DO FORMULARZA NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZDJĘCIA SKÓRY GŁOWY Z WIDOCZNYM PROBLEMEM ŁYSIENIA TYPU ANDROGENOWEGO**

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Programu i zgadzam się z jego zapisami
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez organizatora Programu danych osobowych w celach wynikających z organizacji Programu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 833 z późn..zm.)

DATA I PODPIS