

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO PROGRAMU PARTNERSKIEGO NA ZAKUP NAWOZÓW „FLOROVIT AGRO”

Imię i Nazwisko właściciela/osoby upoważnionej do reprezentacji (w przypadku osób prawnych)
Nazwa Firmy (Sklepu lub Centrum ogrodniczego)
NIP
Adres
Tel
E-mail
Nr konta bankowego

Kontakt i adres mailowy do przedstawiciela Organizatora tel. 603 603 216, ryszard.przybylski@inco.pl

Zgoda na uczestnictwo w Programie Partnerskim Florovit AGRO:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych wskazanych w formularzu dla celów związanych z uczestnictwem w Programie Partnerskim Florovit AGRO, którego organizatorem jest GRUPA INCO S.A., ul. Wspólna 25, 00-519 Warszawa. Przyjmuję do wiadomości, że powyższa zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

Informuję, że zapoznałem się z regulaminem.

Data

Podpis.....