

MODULO D'ORDINE

Fax: **00800-7030 7030** (numero gratuito)
o 0031-43-7999 330

Telefono: **00800-8020 8030** (numero gratuito)
o 0039-0371-09 20 15

E-mail: **italia@pharmatrans.com**

Da rispedire al seguente indirizzo:

**PHARMATRANS INC.
P.O. BOX 1006
NL-6201 BA Maastricht**

- Desidero ricevere a titolo gratuito e senza alcun obbligo di acquisto informazioni sui prodotti della ditta VitaBasix® by LHP Inc.
- Vi autorizzo a prelevare i seguenti prodotti in qualsiasi farmacia e ad inviarmeli.

N. Prodotto	Nome Prodotto	Quantità	Prezzo cad.	Importo
Importo totale				

Zona 1 (Austria, Germania, Lussemburgo, Paesi Bassi) Per ordini inferiori a 75,- EUR, addebitiamo 6,20 EUR di contributo amministrativo.

Zona 2 (tutti gli altri paesi dell'UE) Per ordini inferiori a 75,- EUR, addebitiamo 8,20 EUR di contributo amministrativo.

Zona 3 (paesi europei NON MEMBRI dell'UE) Per ordini inferiori a 100,- EUR, addebitiamo 10,- EUR di contributo amministrativo.

Termini di consegna: circa 10 gg. lavorativi
Consegna possibile solo in Europa.

Accettazione degli ordini:

Prodotti senza prescrizione medica: per telefono, fax, posta, e-mail
Prodotti che richiedono la prescrizione medica:
per posta, fax, e-mail con allegato (tassativamente con data, timbro del medico e firma).

Siamo raggiungibili telefonicamente dal lunedì al venerdì, orari:
8:30 – 17:30.

TIMBRO MEDICO

DA COMPLETARE A CURA DEL VOSTRO MEDICO
(solo per prodotti che richiedono la prescrizione medica):

Data:..... Firma:.....

MITTENTE

Nome e cognome:

Indirizzo:

CAP/ Città:

Telefono:

Fax:

E-mail:

- SI, acconsento al trattamento dei miei dati personali per consentire a VitaBasix® di inviarmi i prodotti ordinati. Ho letto e accettato l'informativa sulla privacy (www.pharmatrans.com).

Il sottoscritto dichiara di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, come da retrostante dichiarazione che costituisce parte integrante del presente ordine.

Firma

Pagamento:

- contrassegno

Carta di credito: Master-/Eurocard Visa

TITOLARE DELLA CARTA (NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

Numero di carta di credito: _____

Data di scadenza: __ / __ / __ Codice CVC: __ __ __

FIRMA (DEL TITOLARE DELLA CARTA)

Ogni singolo cliente deve inviare una sola volta alla ditta Pharmatrans Inc. questa autorizzazione compilata e firmata.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il/la sottoscritto/a (nome-cognome leggibile)

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgv. 30.6.2003 n. 196, espressamente dichiara di essere stato/a reso/a edotto/a che:

Art. 1.

- ▶ in relazione al contratto di acquisto di prodotti VitaBasix, inviati da Pharmatrans Inc. con sede in Maastricht (NL), i propri dati personali verranno trattati dalla stessa Pharmatrans Inc. nonché da A.M.C. - LODI SRL, con sede in 26900 Lodi, Viale Rimembranze 35 H, solo ed esclusivamente per il perfezionamento della spedizione dei prodotti acquistati e per tutti gli incombeni relativi alla resa dei pacchi non ricevuti. Pharmatrans Inc. ed A.M.C. - LODI SRL, pertanto, si impegnano a non divulgare detti dati senza la preventiva autorizzazione dell'interessato;
- ▶ l'acquisto nel territorio italiano dei prodotti VitaBasix comporta la natura obbligatoria del trattamento dei dati del cliente;
- ▶ il cliente ha diritto di ottenere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 7 D. Lgv. 30.6.2003 n. 196:
 - a) l'indicazione delle finalità e modalità del trattamento dei suoi dati personali;
 - b) gli estremi identificativi del titolare e dei responsabili al trattamento dei dati;
 - c) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse l'integrazione dei propri dati;
 - d) la cancellazione dei propri dati;
 - e) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere c) e d) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, a coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivelasse impossibile o comportasse un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- ▶ Il cliente ha diritto di opporsi:
 - a) al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai fini dell'invio di materiale pubblicitario e/o promozionale;
 - b) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta.

Art. 2.

Il responsabile al trattamento dei dati personali raccolti da Pharmatrans Inc. è il sig. Samuel B. Weinstein, il responsabile al trattamento dei dati personali raccolti da A.M.C. - LODI SRL i quali sono altresì designati dalle stesse Pharmatrans Inc. e A.M.C. - LODI SRL per eventuali riscontri all'interessato ai sensi dell'art. 7 D. Lgv. 30.6.2005 n. 196.

Art. 3.

I dati personali oggetto di trattamento sono custoditi e controllati da Pharmatrans Inc. e da A.M.C. - LODI SRL in modo da ridurre al minimo, anche mediante l'adozione di idonee misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

Art. 4.

Ai sensi dell'art. 141 D. Lgv. 30.6.2003 n. 196, il cliente potrà rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali:

- a) mediante reclamo circostanziato nei modi previsti dall'art. 142 D. Lgv. 30.6.2003 n. 196, per rappresentare una violazione della disciplina rilevante in materia di trattamento di dati personali;
- b) mediante segnalazione, se non è possibile presentare un reclamo circostanziato ai sensi della lettera a), al fine di sollecitare un controllo da parte del Garante sulla disciplina medesima;
- c) mediante ricorso, se intende far valere gli specifici diritti di cui all'art. 7 D. Lgv. 30.6.2003 n. 196.

Il sottoscritto/a, preso atto delle informazioni di cui al presente documento,

DICHIARA

di autorizzare Pharmatrans Inc. ed A.M.C. - LODI SRL al trattamento dei propri dati personali, anche eventualmente ai sensi degli artt. 81, 82 e 83 D. Lgv. 30.6.2003 n. 167 qualora detti dati personali siano idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato.

_____ |
Data

_____ |
Il dichiarante