

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.

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)

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).



Speciale Estate

-10%

Sconto su tutti gli ordini dal
20.05.2019 al 30.06.2019

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:
08:30 – 17:30.

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

Firma

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