

ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ

Παρακαλούμε να σημειώσετε Χ στο αντίστοιχο πεδίο

- την εφαρμογή των διαδικασιών του Κώδικα Δεοντολογίας της Τράπεζας της Ελλάδος και ευρύτερα την εξέταση της δυνατότητας ρύθμισης οφειλών μου,
 τη μείωση της συχνότητας τηλεφωνικών οχλήσεών μου για ενημέρωσή οφειλών,
 την υποβολή παραπόνου σχετικά με τις δραστηριότητες και υπηρεσίες της Εταιρίας.

Στο πλαίσιο αυτό προσκομίζω:

Παρακαλούμε να σημειώσετε Χ στο αντίστοιχο πεδίο

- Ιατρικές γνωματεύσεις
 Ιατρικές εξετάσεις
 Ιατρικές βεβαιώσεις/πιστοποιητικά
 Βιβλιάριο υγείας
 Φαρμακευτική Αγωγή
 Άλλο: _____

Ο υπογράφων / Η υπογράφουσα: _____

Όνοματεπώνυμο (ολογράφως): _____

Α.Δ.Τ. : _____

Α.Φ.Μ. : _____

Τόπος: _____ Ημερομηνία __/__/__

Η συγκατάθεσή σας σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων ανακαλείται οποτεδήποτε, με σχετική έγγραφη δήλωσή σας προς στη διεύθυνση της εταιρίας: 10ο χιλ. Θεσσαλονίκης-Θέρμης, Τ.Κ. 57001, ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση: info@microsmart.gr.

Τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσης δεν έχει αναδρομικό αποτέλεσμα και δεν επηρεάζει την επεξεργασία που έχει λάβει χώρα μέχρι τη στιγμή της ανάκλησης, αλλά ισχύει για το μέλλον.

Σε κάθε περίπτωση μπορείτε να ανατρέξετε στην Πολιτική Απορρήτου της Εταιρίας, η οποία βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα της, στη διεύθυνση www.microsmart.gr, όπου θα βρείτε όλες τις πληροφορίες για το σύνολο των δραστηριοτήτων επεξεργασίας που διενεργεί η Εταιρία.

Παρελήφθη
Για την Εταιρία: _____

Ημερομηνία Παραλαβής:
Σφραγίδα / Υπογραφή:

Τελευταία αναθεώρηση της παρούσας: 11.07.2023