

ACORD DE PLATĂ ȘI PRELUCRARE A DATELOR CU CARACTER PERSONAL

În scopul activării abonamentelor medicale Medicover și a transmiterii datelor către clinica medicală Medicover

Subsemnatul(a) _____, CNP: _____,
domiciliat(ă) în _____, telefon: _____,
e-mail: _____, membru al IPA Regiunea _____,
card IPA seria RO _____ sau dependent al membrului IPA, card IPA seria RO _____.

Îmi exprim acordul expres privind plata abonamentului/abonamentelor Medicover după cum urmează :

sunt de acord să achit personal prin virament contravaloarea abonamentului/abonamentelor Medicover în contul IPA Secția Română, CUI: 21577061, deschis la Banca Comercială Română, având IBAN RO26RNCB0289087869780001,

sau

sunt de acord ca organul financiar al unității unde îmi desfășor activitatea sau Casa de pensii (după caz) să opereze, pe statul de plată al salariului sau pe drepturile de pensie, prin reținerea în rate lunare egale a abonamentului/abonamentelor la serviciile medicale conform contractului/contractelor semnate de mine cu Medicover și ale dependenților mei (membri ai familiei), urmând ca aceste instituții să vireze reținerile în contul IPA Secția Română, CUI: 21577061, deschis la Banca Comercială Română RO26RNCB0289087869780001, iar IPA Secția Română va achita, pentru și în numele meu și/sau al dependenților mei, contravaloarea abonamentului/abonamentelor la serviciile medicale către Medicover.

De asemenea, îmi exprim acordul expres și neechivoc pentru ca IPA Sectia Română să colecteze, prelucreze și să transmită datele mele și/sau ale dependenților mei cu caracter personal către clinica medicală Medicover parteneră, în scopul încheierii și administrării unui abonament medical individual pentru mine și pentru dependenții mei (membri ai familiei), precum și în scopuri legale ce decurg din calitatea de membru, în scopuri de marketing, pentru a primi mesaje sau informări cu oferte pentru evenimentele, proiectele, produsele sau serviciile oferite membrilor IPA de partenerii săi comerciali/necomerciali, inclusiv prin mijloace electronice și automate, prin crearea de profiluri sau prin comunicarea datelor către prestatorii de servicii cu care asociația, direct sau prin regiuni/filiale, a încheiat contracte de colaborare în beneficiul membrilor IPA.

Am citit și sunt de acord cu termenii și condițiile menționate pe website-ul IPA Secția Română www.iparomania.ro și pe website-ul clinicii medicale Medicover România www.medicover.ro

Acest acord este valabil până la momentul retragerii în scris a consimțământului.

Data: _____

Semnătura: _____