

Spett.le
Presidente del Consiglio di Amministrazione della
Farmacia Cooperativa Maglio di Sopra
Via C. Battisti, 1 36078 Valdagno (VI)

Valdagno li _____

OGGETTO: *COMINICAZIONE DI RECESSO DA SOCIO ORDINARIO*

Con la presente

Il/la sottoscritto/a.....

residente avia.....

COMUNICA

AI SENSI DELL'ART. 10 DELLO STATUTO SOCIALE, A FAR DATA DALLA PRESENTE, DI VOLER
RECEDERE, PER MOTIVI PERSONALI, DA SOCIO ORDINARIO DELLA FARMACIA COOPERATIVA
MAGLIO DI SOPRA.

CHIEDE PERTANTO A CODESTO SPETTABILE CONSIGLIO DI VOLER PROVVEDERE ALLA
RESTITUZIONE DELLA QUOTA SOCIALE.

firma

Farmacia Cooperativa Maglio di Sopra

Albo Società Cooperative n. A141933

Sezione Cooperative a Mutualità Prevalente

Via C. Battisti n°1, cap. 36078 Valdagno VI

tel. 0445-413665 fax. 0445-998497

SCHEMA DI CONSENSO DELL'INTERESSATO/A AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Pienamente informato/a ai sensi dell'art. del DLgs. 196/2003 sul trattamento dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 23 dello stesso.

Per quanto riguarda il trattamento dei miei dati per finalità di carattere gestionale, contabile e fiscale:

esprimo il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda la comunicazione dei dati personali a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione dell'operazione o del servizio, quali:

- Attività di elaborazione, registrazione e archiviazione dei dati, gestione della corrispondenza,
- Attività bancaria e finanziaria,
- Attività di trasporto e di recapito,
- Altro (specificare),

esprimo il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento effettuato nell'ambito di:

Monitoraggio dello stato di salute:

attivazione di una scheda personale nell'ambito del gestionale aziendale per la rilevazione di interazioni, effetti collaterali, ecc.

esprimo il consenso

nego il consenso

FIDELITY CARD ANONIMA: scheda anonima per l'attribuzione di sconti/premi legati all'acquisto di prodotti parafarmaceutici/profumeria

esprimo il consenso

nego il consenso

Scheda FIDELITY CARD NOMINALE: Scheda nominale per l'attribuzione di sconti/premi legati all'acquisto di prodotti parafarmaceutici/profumeria e per l'effettuazione di campagne informative sui prodotti parafarmaceutici da lei acquistati presso questa Farmacia:

esprimo il consenso

nego il consenso

Scheda BENESSERE: scheda nominale:

- **Per l'acquisizione delle informazioni su possibili effetti collaterali alle interazioni tra farmaci e tra questi e le sue specifiche condizioni di salute,**
- **Per la gestione delle procedure amministrative legate all'erogazione dei sussidi**
- **Per l'attribuzione di sconti/premi legati all'acquisto di prodotti parafarmaceutici/profumeria**
- **Per l'effettuazione di campagne informative sui prodotti parafarmaceutici/profumeria da Lei acquistati presso la questa Farmacia**

esprimo il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda l'invio di informazioni inerenti la disponibilità a magazzino dei prodotti da Lei ordinati, attraverso strumenti telefonici, email, ecc.:

esprimo il consenso

nego il consenso

Esprimo inoltre il mio impegno a comunicare tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in vostro possesso.

NOME DELL'INTERESSATO

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

DATA

FIRMA DEL SOGGETTO TERZO CHE EFFETTUA LA COMUNICAZIONE

.....