

Zgoda Klienta na przekazanie danych spółce Medical Finance Group Spółka Akcyjna

....., dnia

Ja, niżej podpisany.....

(imię i nazwisko Klienta)

Wyrażam zgodę na przekazanie poniższych danych spółce **Medical Finance Group Spółka Akcyjna**, z siedzibą przy ul. Lechickiej 23a w Warszawie, w celu przeprowadzenia procesu weryfikacji kredytowej:

- Imię i nazwisko
- Nr telefonu
- Koszt leczenia
- Data zabiegu/rozpoczęcia leczenia

W przypadku podjęcia przeze mnie pozytywnej decyzji o skredytowaniu zabiegu wyrażam zgodę na przekazanie przez Usługodawcę harmonogramu dotyczącego mojego leczenia.

.....

(czytelny podpis Klienta)
