



# Makear™

## SALON PARTNERSKI

Załącznik nr.1

### DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

Ja niżej podpisany/a.....

Deklaruję chęć przystąpienia do programu:

**„Salony Partnerskie – Makear™ Nails by Makear™”.**

Prosimy o wypełnianie formularza drukowanymi literami

DANE PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA USŁUG KOSMETYCZNYCH:

nazwa firmy: .....

adres:.....

numer NIP:.....

e-mail:.....

telefon:.....

Wybór programu(Silver,Gold,Platinum).....

Oświadczam, iż:

I. Jestem osobą uprawnioną do reprezentacji rzeczonoego Podmiotu, a wszelkie podane oświadczenia są w pełni zgodne z prawdą.

II. Zapoznałam(-em) się z Regulaminem Programu Partnerskiego oraz w pełni akceptuję jego postanowienia (dostępny na [www.makear.pl](http://www.makear.pl) w zakładce salony partnerskie);

III. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych dobrowolnie danych rzeczonoego Podmiotu przez Organizatora oraz Dystrybutora, w celach związanych z uczestnictwem Partnera w programie.

IV. Wyrażam zgodę na otrzymywanie przez rzeczony Podmiot na podane dane kontaktowe, w szczególności telefon oraz adres poczty elektronicznej, informacji handlowych oraz marketingowych wysyłanych przez Organizatora oraz Dystrybutora.

V. Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych (nazwa, adres, telefon, ...) na stronie [www.makear.pl](http://www.makear.pl) w zakładce salony partnerskie jako Partnera marki Makear.

VI. Zobowiązuję się do:

- realizacji programu postanowień „Salony Partnerskie-Makear™ Nails by Makear”
- informowaniu Organizatora o wszelkich zmianach danych informacji wskazanych powyżej.

.....  
Data i czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Podmiotu

Deklarację prosimy wysłać pocztą lub e-mailem:

**adres pocztowy:**

Makear S.C

ul. Krzysztofa Kolumba 9B

51-503 Wrocław, Polska

**e-mail:**

salonypartnerskie@makear.pl