ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ

Информация о лекарственном препарате
Название препарата _____
Дозировка _____
Серия _____
Информация указана на пачке (картонной упаковке)

Описание претензии:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Информация о Вас:

ООО «Завод имени академика В. П. Филатова» заботится о своих потребителях и нам очень важно мнение о качестве нашей продукции. Пожалуйста, оставьте свою контактную информацию, чтобы мы могли связаться с Вами для получения важной дополнительной информации и для того, чтобы довести до Вас информацию о нашей работе с вашим сообщением. Ваши данные будут использованы конфиденциально и исключительно в целях обеспечения лекарственной безопасности.
Мы обязуемся не передавать ваши данные третьим лицам.
ФИО

_____

Возраст, полных лет _____
Телефон _____
E-mail _____

Согласен на обработку персональных данных ☐

Настоящим выражаю согласие на обработку указанных мною персональных данных. С политикой ООО «Завод имени академика В. П. Филатова», в отношении обработки и защиты персональных данных ознакомлен и согласен с её положениями. Полученные от Вас персональные данные будут носить конфиденциальный характер и, в соответствии с положениями Закона о защите персональных данных, не могут быть раскрыты третьим лицам без Вашего письменного согласия. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного заявления по адресу:
188304 Ленинградская обл., Пригородный, Вырицкое ш., 18
ООО «Завод имени академика В. П. Филатова»