

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE FARMAPROFIT – FARMACEUCI

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszej deklaracji przez Farmateka Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach, jako administratora tych danych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 nr 101 poz. 926, z późn. zm.), w związku z funkcjonowaniem Programu FarmaProfit oraz w celach informacyjno-marketingowych, a także na udostępnienie moich danych osobowych podmiotom z grupy kapitałowej, której Farmatek Sp. z o.o. jest członkiem.

Potwierdzam zapoznanie się i akceptację szczegółowych warunków określonych w Regulaminie Programu FarmaProfit, do którego przysięgam.

NR CIK ODBIORCY	NAZWA APTEKI	ADRES

IMIĘ I NAZWISKO TELEFON KOMÓRKOWY NR OTRZYMANEJ KARTY E-MAIL

IMIĘ I NAZWISKO	TELEFON KOMÓRKOWY	NR OTRZYMANEJ KARTY	E-MAIL	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
NR apteki w Kamsoft OSOZ →				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NR apteki w Kamsoft OSOZ →		NR pracownika w Kamsoft OSOZ →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NR apteki w Kamsoft OSOZ →		NR pracownika w Kamsoft OSOZ →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NR apteki w Kamsoft OSOZ →		NR pracownika w Kamsoft OSOZ →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na uczestnictwo ww. osób w programie FarmaProfit

(data i czytelny podpis właściciela/dzierownika apteki)

(podpis Przedstawiciela Grupy Farmacol)



FARMAPROFIT



Załącznik nr 5

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY APTEKI
DO PROGRAMU PARTNERSKIEGO
„FarmaProfit Koszyk Pacjenta”

Złożony w dniu:

Organizator Programu Partnerskiego:

Nazwa	FARMACOL S.A.	Nr NIP	634-00-23-629
Adres	40-541 Katowice Rzepakowa 2	REGON	273 352 747
Sąd Rejestracyjny	Sąd Rejonowy Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy KRS	Numer KRS	0000038158

Apteka przystępująca do Programu Partnerskiego zwanym w dalszej części Apteką:

Nazwa Apteki	NIP
Adres	REGON
	ID KAMSOFT

reprezentowana przez:

Imię i Nazwisko	Stanowisko
-----------------	------------

Jako osoba upoważniona do reprezentowania Apteki oświadczam, iż:

1. Apteka zawarła z KAMSOFT S.A.(dalej: Operator OSOZ) Umowę o współpracy w ramach OSOZ.
2. Apteka przystępuje do Programu Partnerskiego Organizatora - *FarmaProfit Koszyk Pacjenta*.
3. Regulamin Programu Partnerskiego Organizatora - *FarmaProfit Koszyk Pacjenta* został wręczony Aptece przez Organizatora przed zawarciem niniejszej Umowy. Apteka zapoznała się z jego treścią i ją akceptuje.
4. Treść Regulaminu Programu Partnerskiego Organizatora może ulegać zmianom na zasadach określonych w treści Regulaminu.
5. Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Operatora moich danych osobowych.

Jednocześnie informuję, iż Apteka akceptuje:

1. Raportowanie danych sprzedażowych zgodnie z Regulaminem Programu Partnerskiego Organizatora - *FarmaProfit Koszyk Pacjenta*.

Informujemy, iż w przypadku, gdy oświadczenie złożone przez osobę upoważnioną jest nieprawdziwe, ponosi ona nieograniczoną odpowiedzialność za szkodę powstałą z tego tytułu (w tym także za utracone korzyści).

DATA I PODPIS REPREZENTANTA APTEKI

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA ORGANIZATORA
DATA I PODPIS PRZEDSTAWICIELA ORGANIZATORA

FarmaProfit Koszyk Pacjenta

Regulamin promocji dla klientów aptecznych
2016-03-14

- Celem promocji jest umożliwienie uczestniczącym w niej Farmaceutom w niej kierownikom/właścicielom aptek zdobywania punktów programu FarmaProfit za wsparcie odsprzedaży wskazanych przez Organizatora produktów do Pacjentów.
- Uczestnikiem promocji może być Farmaceuta w tym właściciel/kierownik zatrudniony w aptece, która najpóźniej w ostatnim dniu miesięcznej edycji promocji przystąpi do programu FarmaProfit, pod warunkiem podania na deklaracji uczestnictwa numeru apteki oraz pracownika w systemie Kamssoft OSOZ.
- Warunkiem koniecznym uczestnictwa w promocji jest korzystanie przez Aptekę w której zatrudniony jest Uczestnik z aplikacji KS-Apteka w wersji nie starszej niż 2015.2.1.0 oraz uczestnictwo w programie OSOZ.
- Organizator ogłasza listę produktów, za które przyznawane są punkty na portalu www.farmaprofit.pl. Lista produktów jest zmienna i obowiązuje w określonych przedziałach czasowych.
- Uczestnik za zarejestrowaną w systemie KS-Apteka transakcję sprzedaży produktu z listy otrzymuje ilość punktów wskazaną w liście towarów przekazanej przez Organizatora.
- W przypadku braku zarejestrowania w programie FarmaProfit farmaceutów, z których kont w systemie OSOZ Organizator otrzyma dane odsprzedażowe, wynagrodzenie zostanie przydzielone pozostałym osobom zarejestrowanym w programie FarmaProfit z tej apteki według równego podziału proporcjonalnego, z zaokrągleniem w dół do liczb całkowitych.
- Warunkiem koniecznym naliczenia punktów jest uprzednie nabycie sprzedanego produktu w hurtowni farmaceutycznej Farmacol. Obowiązkiem Uczestnika promocji jest prawidłowe przyporządkowanie niżej wskazanych numerów hurtowni w lokalnej bazie aptecznej. Nieprawidłowe przypisanie może skutkować błędnym naliczeniem punktów.

Nazwa podmiotu	Id KAMSOFIT	NIP	Numer zezwolenia	Ulica
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	859216	525-240-95-76	GIF-N-4111-47/AR/10; GIF-N-P/4430/21/10; GIF-N-P/4431/20/10	15-691 BIAŁYSTOK, ul. KLEEBERGA 34
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	859215	525-240-95-76	GIF-N-4111/25/AR/10; GIF-N-P/4430/7/10; GIF-N-P/4431/6/10	50-422 WROCŁAW, ul. RAKOWIECKA 65/67
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	859214	525-240-95-76	GIF-N-4111-44/AR/08; GIF-N-P/4430/01/09; GIF-N-P/4431/01/09	05-850 MORY, ul. WOJSKA POLSKIEGO 4
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	859212	525-240-95-76	GIF-N-4111-6/AR/09; GIF-N-P/4430/4/09; GIF-N-P/4431/5/09	80-299 GDAŃSK, ul. NOWY ŚWIAT 18
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	858367	525-240-95-76	GIF-N-4111/3/AR/09; GIF-N-P/4430/2/09; GIF-N-P/4431/3/09	40-541 KATOWICE ul. RZEPAKOWA 2
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	859221	525-240-95-76	GIF-N-4111-138/PL/10; GIF-N-P/4430/1/11; GIF-N-P/4431/1/11	62-023 ŻERNIKI (POZNAŃ), ul. SKŁADOWA 7
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	859211	525-240-95-76	GIF-N-4111-5/AR/09; GIF-N-P/4430/3/09; GIF-N-P/4431/4/09	36-060 GŁOGÓW MAŁOPOLSKI, ROGOŹNICA 95
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	859222	525-240-95-76	GIF-N-412/70/5/MSH/11; GIF-N-P/4430/51/11; GIF-N-P/4431/50/11	71-717 SZCZECIN, ul. KSIĘCIA ZIEMOWITA 10
Farmacol Logistyka Sp. Z O.O.	275012	634-00-23-629	GIF-P-Z-GIF-P-Z-H/1762/02/RB/05; GIF-N-P/4731/8304/Zw/65/2002/011/2005	05-850 MORY, ul. POLSKIEGO 4

- Punkty zgromadzone przez Uczestnika, w terminie 14 roboczych dni od daty zakończenia obowiązywania danej listy produktów zostaną zarejestrowane na jego indywidualnym koncie FarmaProfit.
- Punkty zdobyte w ramach promocji będą gromadzone na indywidualnych kontach imiennych Uczestników w programie FarmaProfit
- Zdobyte przez Uczestników punkty mogą być wykorzystane na wybrane przez Uczestnika nagrody zgodnie z regulaminem programu FarmaProfit dostępnym na stronie www.farmaprofit.pl
- Warunkiem koniecznym uzyskania dostępu do strony www.farmaprofit.pl jest przystąpienie do programu FarmaProfit.
- Organizator pozyskuje dane sprzedażowe zawierające dla każdej apteki z osobną datą i godziną sprzedaży, wartość sprzedawanego produktu, identyfikator produktu oraz ilość opakowań sprzedanych. Organizator pozyskuje i przekazuje wyłącznie dane dotyczące produktów objętych punktowaniem.
- Organizator nie raportuje partnerom promocji wartościowych danych sprzedażowych, danych osobowych uczestników promocji ani danych adresowych aptek z wyłączeniem miejscowości.
- Promocja rozpoczyna się z dniem 1 kwietnia 2015 i obowiązuje bezterminowo.
- Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania promocji w dowolnym momencie. W takim przypadku zostaną wypłacone nagrody zdobyte zgodnie z niniejszym regulaminem do dnia zakończenia promocji.

