

AROSHA

PROFESSIONAL BODY WRAPS

AROSHA KONGRES	
Imię i nazwisko osoby kontaktowej	
Nazwa salonu/dystrybutor	
Ulica	
Kod pocztowy, miasto	__ - ____
Telefon stacjonarny	
Telefon kom.	
Strona www salonu	
Adres email	
ZGŁOSZENIE – ZAZNACZ ODPOWIEDNIE POLE (MAX. 3)	
<input type="checkbox"/>	Najwyższy obrót na kosmetykach i produktach z linii AROSHA
<input type="checkbox"/>	Najlepsza promocja produktów i zabiegów AROSHA przez gabinet
<input type="checkbox"/>	Udział i wsparcie akcji AROSHA DAJ SIĘ OWIŃĄĆ

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem akcji AROSHA KONKURS i przyjmuję do wiadomości jego stosowanie podczas trwania Konkursu.

Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (DZ.U. Nr 133, poz.883), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych z Konkursem.

Miejscowość, data

Podpis