



ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
& ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΓΓΕΝΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΤΑΣ Ή ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΟΦΕΙΛΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ:		
	ΑΡ. ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΟΦΕΙΛΗΣ:		
ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ:		
	ΟΝΟΜΑ:		
	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:		
	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ- ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ:		
	ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	ΚΙΝΗΤΟ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΟΔΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ:	Τ.Κ. - ΠΟΛΗ:	

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι, έχω ενημερώσει τον/τηότι τα Προσωπικά του/της Δεδομένα θα διαβιβαστούν στην POSTCREDIT με σκοπό τη ρύθμιση της Οφειλής μου από την χρήση της/του ως άνω Πιστωτικής Κάρτας/Προϊόντος Ρύθμισης και έχω λάβει τη ρητή συγκατάθεσή του/της για την επεξεργασία των Δεδομένων Υγείας του/της για τον σκοπό που περιγράφεται ανωτέρω.

Ημερομηνία:...../...../.....

Υπογραφή:.....