



Formularz zgłoszeniowy

Witaj,

poświęć 5 minut na odpowiedzi na nasze pytania, a następnie prześlij ten dokument na adres e-mail zgloszenia@mybestpharm.pl wraz z załączonymi zdjęciami. Pamiętaj, aby podpisać go odręcznie we wszystkich zaznaczonych punktach (formularze podpisane elektronicznie nie będą brane pod uwagę).

1) Podaj swój wiek:

2) Czy masz „nadprogramowe” kilogramy?

.....
.....
.....
.....

3) Czy występuje u Ciebie problem ze zwiększonym apetytem?

.....
.....
.....
.....

4) Czy występuje u Ciebie problem z podjadaniem między posiłkami?

.....
.....
.....
.....

5) Czy występuje u Ciebie problem ze zwolnionym metabolizmem?

.....
.....
.....
.....

6) Czy występuje u Ciebie problem z niewystarczającym poczuciem sytości po spożyciu posiłku?

.....
.....
.....
.....

7) Czy masz problemy z perystaltyką jelit, wzdęciami, nieregularnymi wypróżnieniami?

.....
.....
.....
.....

8) Czy występuje u Ciebie problem ze zwiększoną ochotą na słodkie lub słone przekąski?

.....
.....
.....
.....

9) Waga BMI (wskaźnik masy ciała)*

*BMI = masa ciała (kg)/wzrost² (m)

10) Podaj dane adresowe do wysyłki produktów, pamiętając o podaniu kodu pocztowego:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu.....

Adres e-mail.....

W mailu załącz nam również swoje obecne zdjęcia zgodne z Instrukcją dodaną w Regulaminie:

Wykonaj zdjęcia sylwetki według poniższej instrukcji przed rozpoczęciem kuracji w trakcie oraz po zakończeniu najlepiej w tej samej bieliźnie.

Zdjęcia całej sylwetki przodem



Należy wykonać w świetle dziennym (najlepiej dobrze oświetlonym) naturalnie.

Zdjęcia całej sylwetki tyłem



Należy wykonać w świetle dziennym (najlepiej dobrze oświetlonym) naturalnie.

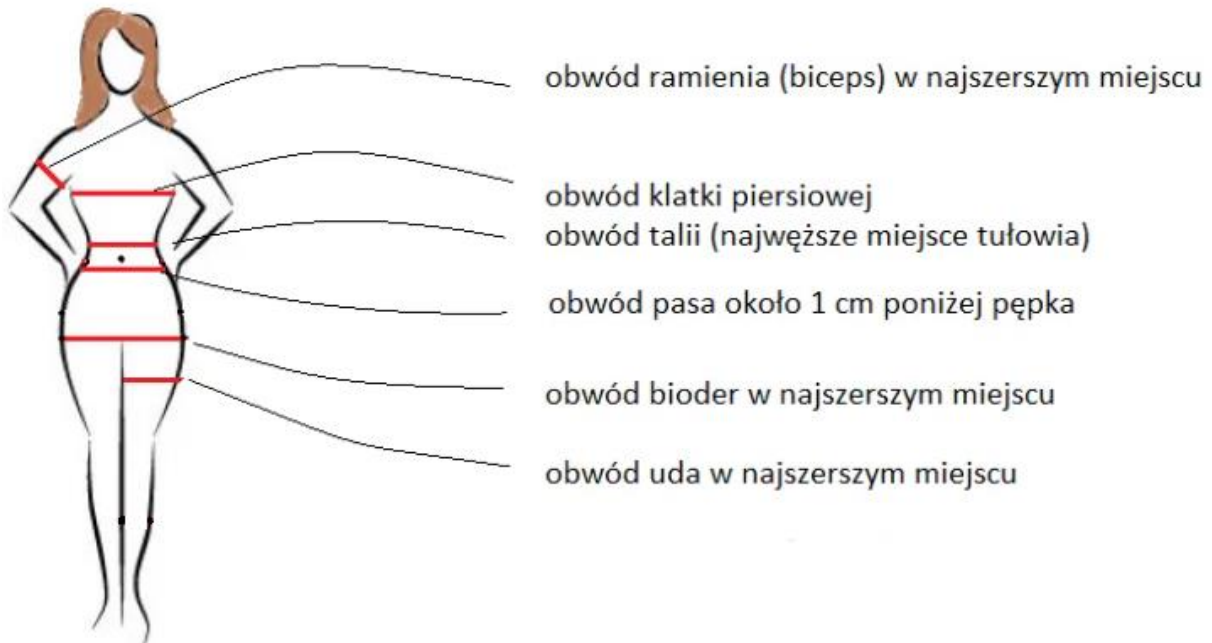
Zdjęcia całej sylwetki bokiem



Należy wykonać w świetle dziennym (najlepiej dobrze oświetlonym) naturalnie.

Instrukcja wykonania pomiarów

Proszę wykonać pomiary według poniższego schematu.



Obwód ramienia:.....
Obwód klatki piersiowej:.....
Obwód talii:.....
Obwód pasa:.....
Obwód bioder:.....
Obwód uda:.....

Terminy wykonywania zdjęć i pomiarów:

03-05.04.2023 pierwsze zdjęcia przed rozpoczęciem kuracji,
01-03.05.2023 drugie zdjęcia po 1 miesiącu kuracji,
29-31.05.2023 trzecie zdjęcia po 2 miesiącu kuracji,
26-28.06.2023 czwarte zdjęcia na zakończenie po 3 miesiącu kuracji.

UWAGA! Wszystkie zdjęcia i pomiary należy powtarzać co 4 tygodnie w tym samym pomieszczeniu (jeśli to możliwe), świetle oraz należy wykonać tym samym aparatem (tylną kamerą), bez użycia filtrów, wygładzenia, rozmazania lub jakichkolwiek innych efektów automatycznie zaprogramowanych w telefonie, które mogą wpłynąć na błędny obraz. W terminach wykonywania zdjęć i pomiarów należy owe fotografie i pomiary przysyłać mailowo na adres zgloszenia@mybestpharm.pl, podpisując się w treści imieniem i nazwiskiem.

11) Akceptuję Regulamin zamieszczony na stronie <https://mybestpharm.pl/landing-page/mybest-challenge/>:

.....
Data, podpis

12) Zgoda na udostępnienie wizerunku:

Udział w akcji #MyBestChallenge – Testowanie produktów z MyBestPharm jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na przekazanie prawa do wykorzystania wizerunku Testera uwiecznionego w związku z udziałem w niej, w szczególności imienia i nazwiska, wizerunku (w tym zdjęć, filmów i portretów, bez ograniczeń terytorialnych w akcjach promocyjnych i reklamie w prasie, wydawnictwach okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych www, mediach społecznościowych, na wszystkich znanych polach eksploatacji, o których mowa w art. 50 ustawie z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych

.....
Data, podpis

13) Oświadczenie o braku przeciwwskazań:

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań do stosowania MyBestSkinny:

- a. Cięża
- b. Karmienie piersią
- c. Okres aktywnego starania się o zajście w ciążę
- d. Okres leczenia bezpłodności
- e. Choroby ostre lub przewlekłe, nieuregulowane lekami lub w okresach zaostrzeń (np. choroby z autoagresji, choroby autoimmunologiczne, choroby zapalne jelit jak choroba Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zaburzenia hormonalne, choroby tarczycy, nadnerczy, niewydolność wątroby, niewydolność nerek, żółtaczką, zapalenie trzustki, czynna choroba wrzodowa).

.....
Data, podpis

14) Przetwarzanie danych osobowych, klauzula informacyjna

Oświadczam, że na zasadach określonych w przepisach Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (zwanego w dalszej części

„Rozporządzeniem”) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich następujących danych osobowych: imion i nazwiska, adresu miejsca zamieszkania, adresu prowadzenia działalności gospodarczej, numeru z systemu Powszechnej Ewidencji Ludności - PESEL, numeru NIP, numeru REGON, numeru i serii dokumentów tożsamości - dowodu osobistego, prawa jazdy lub paszportu, dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej), wizerunku - w celu realizacji akcji #MyBestChallenge jak również na potrzeby marketingu bezpośredniego związanego z działalnością gospodarczą MyBestPharm S.A., w tym również profilowania (czyli działań podjętych w celu prowadzenia kampanii reklamowych i innych działań marketingowych oraz promocyjnych, oferowania: produktów do sprzedaży i świadczenia usług, wykonywania rozliczeń finansowych) przez administratora danych: MyBestPharm S.A. z siedzibą w Kędzierzynie - Koźlu, adres: ul. Powstańców 70, 47 - 220 Kędzierzyn - Koźle wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000871865, NIP: 6751740249, REGON: 387675459, kapitał zakładowy 100.000, 00 zł w całości opłacony.

*Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania a także, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania,

** przekazane dane osobowe wykorzystane będą wyłącznie w celach określonych w powyżej i będą przechowywane przez okres pięciu (5) lat licząc od początku roku kalendarzowego następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych, po czym zostaną one usunięte,

*** przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do udziału w akcji: #MyBestChallenge, jeżeli dane osobowe są przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wnieść sprzeciw wobec przetwarzania dotyczącego jej danych osobowych na potrzeby takiego marketingu, w tym profilowania, w zakresie, w jakim przetwarzanie jest związane z takim marketingiem bezpośrednim, w tym profilowaniem,

**** osoba, której dane są przetwarzane ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....

Data, podpis