

**WNIOSEK O PRZELICZENIE PUNKTÓW  
PROGRAMU LOJALNOŚCIOWEGO AQUA ZDRÓJ**

Imię ..... Nazwisko .....

Numer Karty Stałego Klienta AQZ

Liczba przekazanych kart lojalnościowych ..... szt.

Łączna liczba przekazanych hologramów ..... szt.

Data złożenia wniosku ..... - ..... - .....  
dzień            miesiąc            rok

**Za każdy hologram** Organizator przydzieli Punkty wg przelicznika: 1 hologram = 150 punktów Programu (§ 5 ust. 12 Regulaminu).

Ostateczny termin złożenia niniejszego wniosku upływa z dniem 31.07.2019 r. Decyduje data wpływu wniosku do Biura Zarządu.

Punkty zostaną przekazane na Kartę Stałego Klienta AQZ w terminie do 7 dni roboczych od daty przekazania Organizatorowi karty lojalnościowej z naklejonymi hologramami.

Niniejszym oświadczam, że w formularzu przystąpienia do Programu lojalnościowego AQUA ZDRÓJ dobrowolnie wyraziłem zgodę na przekazanie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z odpowiednimi przepisami.

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)