

Spettabile
NEW LINE RICERCHE DI MERCATO S.R.L.
Via Riccardo Lombardi 19/10
20153 MILANO

Io sottoscritto	
nella mia qualità di Titolare della Farmacia	
sita in	
P.IVA	(di seguito la Farmacia)

Premesso che

- ho sottoscritto la Vostra RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO GOAL® PER LA TRASMISSIONE DEI DATI DI VENDITA DELLA FARMACIA A NEW LINE RICERCHE DI MERCATO E RELATIVE INFORMATIVE E PRESTAZIONE DI CONSENSO (di seguito la *Richiesta*), relativamente al trattamento dei **Dati Anagrafici** e dei **Dati Analitici** di cui alla *Richiesta*
- nella presente, i termini **Dati Anagrafici** e **Dati Analitici** hanno lo stesso significato agli stessi attribuito nella *Richiesta*

Tanto premesso

Con la presente, autorizzo New Line Ricerche di Mercato S.r.l. anche a trasferire, per mio conto, al **CONSORZIO FARMACISTI RIUNITI** (d'ora innanzi per brevità **FARMACISTI RIUNITI**), i **Dati Analitici** della Farmacia, nonché **il risultato delle elaborazioni sulle vendite della Farmacia stessa**, contraddistinguendo, ai fini di tale trasferimento, la Farmacia con una *sigla in codice* che potrà permettere **FARMACISTI RIUNITI** di ricondurre tali **Dati Analitici** alla Farmacia stessa e ciò al fine di consentire la collaborazione tra la mia farmacia e la **FARMACISTI RIUNITI**.

I **Dati Anagrafici** saranno, pertanto, conservati da New Line Ricerche di Mercato S.r.l., oltre che per il tempo necessario all'esecuzione delle attività descritte nella *Richiesta*, anche per quello necessario a svolgere le attività oggetto della presente autorizzazione, sempre nel rispetto dei limiti temporali previsti dalle normative e regolamenti applicabili.

Resta inteso che, ai fini del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679, **FARMACISTI RIUNITI** riveste il ruolo di Titolare autonomo del trattamento dei dati che riceverà.

La presente autorizzazione sarà valida fino a mia eventuale espressa revoca scritta.

Timbro e Firma del Titolare
Luogo e Data