

Antrag Kundenkarte

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Personen- und Arzneimitteldaten elektronisch in den Apotheken gespeichert werden. Ich habe jeder Zeit das Recht über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung an Dritte untersage ich.

Name, Vorname

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift



Sie erhalten die Karte und damit die verbundenen Vorteile kostenfrei. Wir benötigen aus datenschutzrechtlichen Gründen lediglich Ihre Einwilligung.