



Kundenkartenantrag

Liebe Kunden!

Nutzen Sie die Vorteile unserer Kundenkarte für ihre Gesundheit. So können wir Sie pharmazeutisch noch besser betreuen!

Sie haben durch die Kundenkarte folgende Vorteile:

- Optimale Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel, Prüfung auf Wechselwirkungen und Unverträglichkeit
- Sicherheit bei Dauermedikamenten
- Wir wissen, ob Sie „befreit“ sind oder nicht
- Auflistung Ihrer Zuzahlungen
- Jahresabrechnung Finanzamt/Krankenkasse
- Wir wissen was Sie bisher für Artikel verwendet haben
- Unsere Kundenkarte und den damit verbundene Service erhalten Sie kostenfrei



Apotheke im Kaufpark

Inh.: Martina Kallmeyer e.Kfr., Amtsgericht Dresden HRA 4214
 Dohnaer Strasse 246
 01239 Dresden
 Tel. 0351 - 289 110
 Fax: 0351 – 289 11 20
 www.apotheke-im-kaufpark.net



Hinweise zum Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre personenbezogenen Daten, ärztlicher Verordnungen sowie Daten aus der Selbstmedikation zu Ihrer persönlichen Beratung und Betreuung in der Apotheken-EDV speichern. Die Daten werden nur erhoben, um Ihnen die Nutzung der vorab genannten Serviceleistungen anbieten zu können. Die Apotheke versichert, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgt.

Die Daten werden nicht an unbefugte dritte Personen oder Unternehmen weitergegeben werden.

Sie können jederzeit Ihre bei uns erhobenen Daten sperren, berichtigen oder löschen lassen.

Bei Widerruf der Einwilligungserklärung werden die betroffenen Daten gelöscht, sofern nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen greifen. Die automatische Löschfrist beträgt 10 Jahre (steuerrechtliche Gründe).

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten auf den Kassenbon gedruckt werden dürfen, damit ich diese bei der Krankenkasse und dem Finanzamt einreichen kann.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke mir persönliche Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Glückwunsch- u. Weihnachtskarten, Umfragen, Angebote, Newsletter und andere Informationen per Post und E-Mail zukommen lassen kann.

Ja Nein

✓ Ja, ich möchte die Kundenkarte nutzen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Datum, Unterschrift

Kundenkartennummer
(wird von der Apotheke ausgefüllt)

