

Antrag für Ihre Kundenkarte



*Anrede: _____

Titel: _____

*Name: _____

*Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtstag: _____

- Ich bin mit dem Aufdruck meiner persönlichen Daten (Name, Anschrift) auf Kassenbelegen einverstanden.
- Ich bin mit der Zusendung von Informationen per Post oder E-Mail einverstanden.

***Die mit Stern gekennzeichneten Bereiche sind Pflichtangaben.**

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre persönlichen Daten in unserer EDV speichern. Die Daten werden ausschließlich innerhalb der Apotheke verwendet, nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre Daten werden dann aus unserer Kundendatei gelöscht.

Wir versichern Ihnen, dass die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten werden und insbesondere Daten, die Ihre Gesundheit betreffen, strengster Geheimhaltung unterliegen.

Dresden, den _____

Unterschrift _____
Antragssteller

medic-Apotheke im Elbepark
Peschelstraße 33
01139 Dresden

Inhaber: Herr Konrad Mühmel
- Fachapotheker für Allgemeinpharmazie -

Tel.: 0351 / 8497263
Fax: 0351 / 8481083
Mail: medic-apotheke@web.de
Internet: www.medic-apotheke.de

St.-Nr.: 202 / 251 / 02431
USt-ID: DE815533425
HRA: 2660, Amtsgericht Dresden
IBAN: DE91300606010005132924
BIC: DAAEDEDXXX (Apobank)