

Antrag auf eine kostenlose Kundenkarte in Ihrer Adler-Apotheke

Kartennummer:
(einzutragen von Ihrer Apotheke)

Wir benötigen folgende Angaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

Handy:

Email:

Krankenkasse:

Status:

befreit bis:

Einwilligungserklärung

Mit der Annahme der Kundenkarte willige ich – jederzeit widerruflich – ein, dass die Adler-Apotheke meine personenbezogenen Daten zur Unterstützung ihrer Beratungstätigkeit und Beratungspflicht mir gegenüber und damit nur zu eigenen Zwecken speichert. Sie ist daher nicht berechtigt, diese Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, an Dritte weiterzugeben. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten sofort zu löschen.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift)