

Persönliche Kundenkarte

Ja, ich beantrage eine „Persönliche Kundenkarte der Falken-Apotheke

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse _____

Befreiungsausweis-Nr.: _____

Gültig bis: _____

Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten in der Kundenkartei der Falken-Apotheke gespeichert werden. Sie unterliegen dem Datenschutz und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich habe das Recht, jederzeit über meine gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten und diese löschen zu lassen.

Datum und Unterschrift _____

Faxnummer: 030 / 535 11 26

www.falken-apo-berlin.de