Kundennummer:
_____

IHRE APOTHEKER

Antrag für eine kostenfreie Apotheken-Kundenkarte

Um Ihnen unseren kompletten vorgenannten kostenfreien Service anbieten zu können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Daten und Ihr Einverständnis, damit wir diese in unserem IT-System speichern können. Diese Daten sind zur eindeutigen Identifikation erforderlich.
Möchten Sie die Kundenkarte jedoch nur als „Rabattkarte“ zum Einkauf von Artikeln im Selbstbedienungsbereich nutzen, benötigen wir von Ihnen selbstverständlich keine persönlichen Angaben.

_____
Name

_____
Vorname

_____
Geburtsdatum

_____
Straße/Nr.

_____
PLZ/Ort

_____
Telefon (freiwillig)

_____
E-Mail (freiwillig)

Einwilligungsermächtigung:
Ich bin mit der Speicherung meiner Daten zu den o. g. Zwecken einverstanden. Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen und Löschung, Berichtigung und Einschränkung der Verarbeitung verlangen.
Die Daten werden nur für die Dauer meiner Kundenbeziehung gespeichert, längstens 10 Jahre oder bis ich der Speicherung widerspreche.

Telefonische Hotline
Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Fragen der Medikation oder für Vorbestellungen auch telefonisch gerne zur Verfügung.

Internationalität
Internationale Arzneimittel können wir schnell für Sie beschaffen. Auch Sprachprobleme sind bei uns kein Hindernis - unsere Mitarbeiter sprechen verschiedene Sprachen.

Optimale Betreuung
Ob es um die Einnahme, oder die Bestellung Ihrer Medikamente, die Vorsorge für eine geplante Fernreise, oder den Test Ihres Blutzuckerstatus geht - wir betreuen individuell und ganzheitlich.

Naturheilmittel
Aus den Bereichen Homöopathie und Naturheilmittel haben wir ständig ein breites Sortiment für Sie vorrätig.

_____
Ort,

_____
Datum

_____
Unterschrift