

Hausapotheken-Kundenkarten-Antrag:

Herr Frau

Vorname / Name:

Geburtsdatum: .

Straße: Nr.

PLZ / Ort:

Tel. privat/Handy:

Tel. geschäftlich:

E-Mail: @

Krankenkasse:

Krankenkassenversicherten-Nr.:

Befreit von Rezeptgebühren bis:

Chronische Erkrankungen:

Hausarzt:

Einwilligungserklärung

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten durch die Dorf-Apotheke bin ich einverstanden. Die Dorf-Apotheke speichert die Daten der Geschäftsbeziehung ausschließlich geschäftsnotwendig nach dem Bundesdatenschutz- und dem Teledienstschutzgesetz. Dies gilt auch als Benachrichtigung gemäß Bundesdatenschutzgesetz.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die abgegebene Einwilligungserklärung widerrufen kann und ein Recht auf kostenlose Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung meiner gespeicherten Daten habe. Auf Wunsch werden alle meine persönlichen Daten unverzüglich gelöscht. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Die Dorf-Apotheke darf mir, bis auf Widerruf, aktuelle Angebote, Einladungen zu Veranstaltungen und sonstige apothekenrelevanten Informationen per Post oder E-Mail zuschicken.

Datum: .

Unterschrift

Ihre GESUNDHEIT wird
bei uns groß geschrieben!



Hauptstraße 34
46244 Bottrop-Kirchhellen

Telefon 02045 / 4 12 90-0
Telefax 02045 / 4 12 90-11

info@dorf-apotheke-kirchhellen.de
www.dorf-apotheke-kirchhellen.de



Öffnungszeiten:

Mo. - Fr.: 8:00 - 19:00 Uhr
Sa.: 8:00 - 14:00 Uhr