

Apotheken - Kundenkarte

Ich bitte um Ausstellung meiner persönlichen Apotheken - Kundenkarte durch die

**Fuchs-Apotheke,
Apothekerin Karla Schmidt,
Klaus-Herrmann-Str. 19
03172 Guben**

Tel. 03561 52062.

Bitte informieren Sie mich auch zu Informationsveranstaltungen der Apotheke:

Ja Nein

Mit der Übersendung von Glückwunschkarten zu Geburtstagen durch die Apotheke bin ich einverstanden:

Ja Nein

Ich weiß, dass der Gebrauch der Karte freiwillig ist und mir aus dem Nichtgebrauch keinerlei Nachteile entstehen.

Meine Daten:

Name / Vorname:

Wohnanschrift:

Telefon:

Geburtsdatum:

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

**Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Arzneimitteldaten im Computersystem der Fuchs-Apotheke elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.
Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.**

Ich kann jederzeit Auskunft bezüglich der über mich gespeicherten Daten verlangen und diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Daten werden dann unverzüglich gelöscht.

Guben,

.....
Unterschrift Kunde

.....
Unterschrift Apothekenleiter