



## Kundenkartenantrag



- Wünschen Sie eine höhere Arzneimittelsicherheit?
- Kompetente Beratung in allen Gesundheitsfragen?
- Eine Jahresabrechnung für Krankenkasse und Finanzamt
- 3 % Sofortrabatt auf alle Freiwahlartikel

Dann beantragen Sie noch heute unsere Kundenkarte! Natürlich kostenlos für Sie!

Füllen Sie einfach den Antrag ab und geben Sie ihn in unserer Apotheke ab!

Es lohnt sich für Sie!

### JA, ich möchte meine persönliche Kundenkarte haben:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / ORT : \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung: NEIN / JA, bis \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich entsprechend des § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass zu oben genanntem Zweck meine persönlichen Adress – und Arzneimitteldaten von der **Greifen – Apotheke, Marktplatz 10, 91781 Weißenburg** gespeichert und verarbeitet werden. Ich erkläre mich ebenfalls bereit, dass mir Informationsbriefe und Gratulationsschreiben der Greifen – Apotheke zugesendet werden dürfen. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte untersage ich!

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)