



kompetent und sympathisch



Fünf Linden Apotheke

Ja, ich möchte meine persönliche Kundenkarte gerne haben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Befreiungsausweisnummer: _____ gültig bis: _____

Hiermit erkläre ich entsprechend des §3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass zu oben genannten Zweck meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten von meiner

Fünf Linden Apotheke – Hans-Joachim Wolf

Fünf Linden 29 88400 Biberach

Telefon: 07351/827077

Fax: 07351/827767

Email: info@Fuenf-Linden-Apotheke.de

Internet : www.Fuenf-Linden-Apotheke.de

gespeichert und verarbeitet werden. Ich erkläre mich ebenfalls einverstanden, dass mir Informationsbriefe und Gratulationsschreiben zugesandt werden. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung untersage ich!

Datum

Unterschrift