

ApothekeHaaß

www.apotheke-haass.de



+ Schillerplatz ☎ 0781 93 59 0 + Heimbürgstraße ☎ 0781 66 71 2 + Ortenberger Straße ☎ 0781 91 93 35 00

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____ Geburtstag _____

Kr.-Kasse _____

Von der Zuzahlung befreit ja nein Geschlecht m w

Durch das Ankreuzen dieses Kästchens erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Apotheke Haaß Schillerplatz und deren Zweigniederlassungen. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in der Apotheke Haaß Schillerplatz und Zweigniederlassungen erhalte beziehungsweise erwerbe.

Ich bin einverstanden, von Zeit zu Zeit über wichtige Mitteilungen, Aktionen oder Veranstaltungen der Apotheke Haaß informiert zu werden.

Eine Weitergabe der Kundenkartendaten an Dritte findet nicht statt. Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum _____ Unterschrift _____