



SCHUTZENGE LAPOTHEKE KUNDEN KARTE

www.schutzengelapo.at

ANMELDUNG

.....
Herr/Frau/Titel Vorname

.....
Nachname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Vers.Nr.

.....
Geb.datum

.....
Krankenkasse

.....
Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die Schutzengel-Apotheke meine personenbezogenen Daten, Angaben zu meinen Medikamenten sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke speichert und ausschließlich zu Beratungszwecken verarbeitet und nützt. Die Daten werden nur dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, von der Schutzengel-Apotheke Informationen zu Produkten oder Aktionen zu erhalten.

Meine Daten sind auf Aufforderung jederzeit und unverzüglich zu löschen und unterliegen stets dem strengen Apotheken-Datenschutz.

Schutzengel-Apotheke, Breitenseerstr. 10, 1140 Wien

Tel.: 982 41 73, Mail: office@schutzengelapo.at

