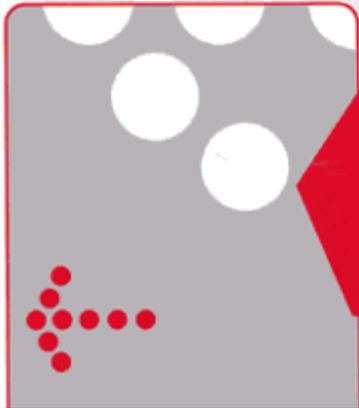


Ihre Kundenkarte



Apothekerin Kathleen Nitzschke
Weinhold - Arkade 4
04442 Zwenkau
Tel.: 034203/54400
Fax: 034203/54401
www.Marktapotheke-Zwenkau.de

**MARKT
APOTHEKE**

Ich wünsche eine intensive pharmazeutische Betreuung, d.h. unter Berücksichtigung bekannter Grunderkrankungen und Allergien.

Ja Nein

Falls ja, Erkrankungen und Allergien bitte angeben:

Ich bin Raucher.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!

Das Team der Markt-Apotheke

Ja! Ich möchte meine persönliche Kundenkarte mit Ihren Service-Leistungen gerne nutzen.

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax*: _____

Geburtsdatum*: _____

Krankenkassennummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Befreit*: Nein Ja, bis _____

Ich erkläre entsprechend § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten zum Zwecke der Arzneimittelberatung und Kundenpflege von meiner Apotheke gespeichert und verarbeitet werden. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und/oder diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung an Dritte untersagt ich.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Angaben mit * sind freiwillig und nicht für die Kundenkarte erforderlich!