



AM LANGENHORNER MARKT

Antrag Treuekarte

Ich beantrage hiermit meine persönliche Treuekarte

Name .....

Vorname .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

Krankenkasse .....

Befreiungsausweis .....

Gültig bis .....

Allergien / Unverträglichkeiten .....

.....

Chronische Erkrankungen .....

.....

Ich interessiere mich für Informationen über:

Aktionen & Seminare

Kosmetikevents

Kundennummer (von der Apotheke einzutragen) .....

#### Datenschutz

Hiermit erkläre ich entsprechend §3 des Bundesdatenschutzgesetzes mein Einverständnis, dass meine Adress- und Arzneimitteldaten für meine persönliche Arzneiprüfung von der Apotheke gespeichert werden. Ich habe das Recht, jederzeit Auskunft über die gespeicherten Daten zu erhalten und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung an Dritte untersage ich.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum