

Antrag auf Ausstellung meiner Apotheken-Kundenkarte

Name

Name des Hausarztes

Vorname

Geburtsdatum

Befreit bis:

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Wir verpflichten uns, alle persönlichen Daten nur für Beratungszwecke mit dem Antragsteller zu verwenden. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Mit meiner Unterschrift auf dem Antrag erlaube ich die Aufnahme meiner persönlichen Daten und bin mit der Speicherung der Daten auf Datenträgern einverstanden. Auf meine Anforderung sind die Daten unverzüglich zu löschen.

gez. Holger Frenzel

Glück-Auf-Apotheke, Apotheker Holger Frenzel

Datum, Unterschrift

