



Apotheke

am St. Martins-Ring | zum Schwefelbad

Kundenkarten-Antrag

- Ja, ich möchte von den vielen Vorteilen des Kundenkartenprogramms der Apotheken am St. Martins-Ring und zum Schwefelbad profitieren und beantrage die Ausstellung einer kostenlosen und persönlichen Kundenkarte.

Anrede

Vorname

Name

Adresse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

Mobile*

* Gerne informieren wir Sie über Ihre abholbereiten Bestellungen auch per SMS

Medikamentenmanagement – Gesundheitsberatung

Auf Basis dieser Einwilligung speichern wir neben Ihren umseitig genannten persönlichen Daten auch Gesundheitsdaten, insbesondere Rezeptdaten wie Medikation, Arzneimittel und sonstige Produkte, die Sie in der Apotheke am St. Martins-Ring bzw. in der Apotheke zum Schwefelbad erhalten oder erworben haben, in einer elektronischen Kundenkartei.

- Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Apotheke am St. Martins-Ring und/oder die Apotheke zum Schwefelbad sowie zur Weitergabe dieser Daten innerhalb der beiden genannten Apotheken.

Treue- und Informations-Programm

Auf Basis dieser Einwilligung verwenden wir die vorstehend genannten Daten zur Verwaltung des Treueprogramms und zur elektronischen oder postalischen Zusendung von ausgewählten Informationen der Apotheke am St. Martins-Ring und der Apotheke zum Schwefelbad sowie zu Werbezwecken durch die beiden Apotheken.

- Ja, ich erkläre mich mit der elektronischen oder postalischen Zusendung von ausgewählten Informationen an meine Person einverstanden.
- Für die Teilnahme am Treue- und Informations-Programm erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Apotheke am St. Martins-Ring und/oder die Apotheke zum Schwefelbad sowie zur Weitergabe dieser Daten innerhalb der beiden genannten Apotheken.

Ebenfalls akzeptiere ich mit meiner Unterschrift die in der Informationsbroschüre genannten Allgemeinen Vertragsbedingungen.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Für Fragen zum Datenschutz steht mir der Datenschutzbeauftragte der jeweiligen Apotheke jederzeit zur Verfügung. Weitere Informationen hierzu auf den jeweiligen Webseiten der Apotheken.

Datum/Unterschrift
