

Antrag für eine Kundenkarte der Hubertus Apotheke am Salzufer

Name, Vorname, Titel: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Email Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse : _____

Versicherungsnummer: _____

Befreiung von der Zuzahlung: nein
 ja, von _____ bis _____

Kundenstichwort: _____

Einwilligung in die Speicherung personenbezogener Daten bitte auf der Rückseite

Einwilligung in die Speicherung personenbezogener Daten

Ich willige in die Speicherung meiner Daten durch die Hubertus Apotheke am Salzufer ein. Mir ist bewusst, dass dazu auch Daten über meinen Gesundheitsstatus und die Einnahme von Medikamenten zählen.

Die Verarbeitung dieser Daten geschieht nur zum Zweck meiner optimalen Beratung und Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten.

Ich wurde durch einen Mitarbeiter der Apotheke darüber unterrichtet, dass ich jederzeit unentgeltlich Auskunft schriftlich oder mündlich in die über mich gespeicherten Daten erhalten kann und jederzeit die Löschung aller oder einzelner Daten verlangen kann.

Grundsätzlich werden Daten nach 10 Jahren gelöscht, soweit nicht gesetzliche Vorgaben andere Aufbewahrungsfristen vorsehen.

Den Mitarbeitern der Apotheke dürfen die Daten zum o.g. Zweck mitgeteilt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ein/e Apotheker/in mit dem/der von mir benannten Arzt/Ärztin, zur Klärung arzneimittelbezogener Probleme, Kontakt aufnimmt.

Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten erfolgt nur aufgrund gesetzlicher Vorschriften.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Den monatlich erscheinenden E-Mail-Newsletter der Apotheke mit regelmäßigen Angeboten und Aktionen möchte ich: erhalten nicht erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Apotheke