

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich entsprechend §3 des Bundesdatenschutzgesetzes mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten und meine Arzneimitteldaten gespeichert werden.

Ich habe jederzeit das Recht, über meine gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese auch löschen zu lassen. Eine Weitergabe an Dritte untersage ich.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Kartennummer

6 gute Gründe für unsere Kundenkarte

- Höhere Arzneimittelsicherheit
- Wir kennen Ihre Medikamente
- Ihre Befreiung von der Zahlung ist uns bekannt
- Keine Zettelwirtschaft mehr!
Kostenaufstellung für Finanzamt und Krankenkasse
- Teilnahme an unserem Bonusprogramm
- Tiefpreisgarantie



Nutzen Sie die
Vorteile
Ihrer persönlichen
Kundenkarte

Bölschestr. 59
12587 Berlin-Friedrichshagen
www.rathausapotheke.net
Tel: 030-6455281
Fax: 030-64197854



6 gute Gründe für unsere Kundenkarte

Arzneimittelsicherheit

Ihre Arzneimittel sind uns bekannt. Bei einer Zusatzbehandlung (z.B. selbstgekauften Arzneimitteln) können wir einfach und schnell eventuell vorhandene Wechselwirkungen erkennen

Elektronisches Gedächtnis

Mit Ihrer Kundenkarte bieten wir Ihnen immer den aktuellen Überblick Ihres Gesundheitsbedarfes. So können wir Ihnen z.B. weiterhelfen, auch wenn Ihnen der Name des benötigten Arzneimittels einmal nicht einfällt.

Kostenaufstellungen

Wir erstellen Ihnen Sammelquittungen für das Finanzamt oder Ihre Krankenkasse über die von Ihnen im Jahr erbrachten Zuzahlungen, Mehrkosten und Privatkäufe bei uns.

Befreiungsnachweis

Mit Ihrem Einverständnis erfassen wir den Befreiungsausweis Ihrer Krankenkasse. Damit können Sie den Nachweis ruhig zu Hause lassen. Wir wissen Bescheid und erinnern Sie gerne, wenn die Befreiung verlängert werden muss.

Bonusprogramm

Wir belohnen Ihre Treue zu uns. Sie profitieren schon ab 5 EUR Einkaufswert.

Tiefpreisgarantie

Sehen Sie einen Artikel in einer anderen Apotheke preiswerter, erhalten Sie ihn bei uns zum gleichen Betrag. So zahlen Sie bei uns immer den besten Preis.

Ihre persönliche Kundenkarte können Sie beim nächsten Besuch mitnehmen - schnell und bequem. Sie brauchen nur das ausgefüllte Antragsformular mit der unterschriebenen Einverständniserklärung vorzulegen.

Möchten Sie Wünsche, Anregungen oder Kritik loswerden?

Wir haben ein offenes Ohr.



Antragsformular

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Ort:

Tel./Fax:

Krankenkasse:

Befreiung: ja / nein

Befreiung ausgestellt am: