

Antrag zur Aufnahme in die Kundenkartei der Apollonia Apotheke
Bitte sorgfältig ausfüllen und persönlich oder per Post einreichen.

Name:..... Vorname:.....

geb. am:.....

Strasse/Hausnummer.....

PLZ/Ort:.....

Tel.:.....

Krankenversicherung:.....

Befreit bis: Hausarzt:

Besonderheiten, chronische Krankheiten:

.....

.....

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre persönlichen Daten bei uns gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich zu internen Zwecken verwendet, nicht an Dritte weitergegeben und auf Wunsch gelöscht. Der Datenschutz ist gewährleistet. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Erlaubnis Ihre Daten zu speichern und bestimmungsgemäß zu verwenden.

.....
Datum/Unterschrift Antragsteller