



apotheke
im Marktkauf

Ja, ich möchte

meine persönliche Kundenkarte mit dem Service der Apotheke im Marktkauf haben:

Name

Vorname

Geb.

Straße

PLZ Ort

Tel.

E-Mail

Krankenkasse

Befreiungsausweis gültig bis



Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke im Marktkauf mich in ihre Kundendatei aufnimmt und hierzu meine persönlichen Daten in ihrem Computersystem speichert. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen, meine Daten werden dann unverzüglich aus dem Computer gelöscht. Ferner wird mir zugesichert, dass meine Daten nur zum Gebrauch in der Apotheke bestimmt sind und nicht an Dritte weitergegeben werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

KOSTENLOSE SERVICE-HOTLINE: 0800/8 00 33 11