

Ja, ich möchte meine persönliche Kundenkarte gerne haben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Krankenkasse

Befreiungsausweisnummer gültig bis

Hiermit erkläre ich entsprechend des § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass zu oben genannten Zweck meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten von meiner



Ostend Apotheke
Apotheker Werner Haubold
Löwenstrasse 12
D – 01099 Dresden

gespeichert und verarbeitet werden. Ich erkläre mich ebenfalls einverstanden, dass mir Informationsbriefe und Gratulationsschreiben zugesandt werden. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung untersage ich!

Datum

Unterschrift