



Formular

Kundenkartenantrag

Sonnen-Apotheke Versmold
Münsterstr. 11A
33775 Versmold

Kundenkartennummer: _____

Mitarbeitername: _____

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Name.....

Vorname.....

Strasse.....

PLZ, Ort.....

Telefon.....

Geburtsdatum.....

Krankenkasse.....

Befreiung gültig bis.....

Ihre persönlichen Daten werden bei uns in der EDV gespeichert. Es erfolgt keine Weitergabe an andere Dritte.

Die Daten werden ausschließlich zu internen Zwecken, zu Ihrer Beratung und zu Ihrer Betreuung genutzt. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis, Ihre Daten zu speichern und bestimmungsgemäß zu verwenden.

Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten können Sie jederzeit widerrufen.

Versmold, den _____

Unterschrift _____

