

Kunden-Nr.: _____

Kundenkarte nein oder Nr.: _____

Apotheke Böttcher

Kgl. priv. Apotheke Böttcher v. 1834
24594 Hohenwestedt, Lindenstr. 22
Tel. 04871/626 • Fax 04871/4186

Pharma Card

Die Kundenkarte der Böttcher Apotheken



Apotheke Böttcher

Land – Apotheke Böttcher
24819 Todenbüttel, Hauptstr. 50
Tel. 04874/1017 • Fax 04874/255

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Tel.: _____ / _____

Mobil: _____ / _____

E-Mail: _____ @ _____

Einverständniserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Personen- und Arzneimitteldaten elektronisch gespeichert werden. Diese elektronische Speicherung der Daten erfolgt ausschließlich im Computersystem der Böttcher Apotheken und nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Die Apotheke ist nicht berechtigt, meine personenbezogenen Daten an Dritte weiterzugeben, es sei denn, übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (z.B. Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister).

Bezogen auf notwendige Kommunikation mit Ärzten, anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, meiner Krankenkasse und meinen Angehörigen, entbinde ich die Mitarbeiter der Böttcher Apotheken ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß § 4 BDSG freiwillig erfolgen. Gemäß § 34 f. BDSG kann ich jederzeit Einsicht in die über mich gespeicherten Daten nehmen. Die Daten werden dann auf Verlangen unverzüglich geändert, gesperrt, oder, wenn die Nachweispflichten nach Umsatzsteuergesetz erfüllt sind, gelöscht.

Einwilligung

Die Böttcher Apotheken sind berechtigt, meine Adressangaben zu nutzen, um mich anlassbezogen über Gesundheitsthemen zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift

- Ja, ich möchte Faktura-Kunde werden (Bonität vorausgesetzt) und monatlich eine Sammelrechnung bekommen.
 - Ja, ich möchte Bankeinzug → SEPA-Formular
- Ja, ich möchte als „Neu-Kunde“ einen umfassenden Medikationscheck (2 Termine à 20,- €) durchführen lassen. Der erste Termin ist für „Neu-Kunden“ kostenfrei und innerhalb eines Monats nach Unterschrift durchzuführen.

Widerruf Werbeeinwilligung

Datum / MA-Kürzel

Widerruf Einverständniserklärung nach BDSG

Datum / MA-Kürzel