



**St. Anna Apotheke**

# Anforderungsformular für unsere Kundenkarte

Bitte füllen sie die folgenden Felder aus.

<b>Herr :</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Frau:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Titel:</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname:</b>	<input type="text"/>			<b>Nachname:</b>	<input type="text"/>
<b>PLZ:</b>	<input type="text"/>			<b>Ort:</b>	<input type="text"/>
<b>Strasse:</b>	<input type="text"/>			<b>Nr:</b>	<input type="text"/>
<b>Tel.:</b>	<input type="text"/>			<b>Geburtstag:</b>	<input type="text"/>
				<b>Krankenkasse:</b>	<input type="text"/>
				<b>Hausarzt:</b>	<input type="text"/>
<b>befreit:</b>	<input type="checkbox"/>			<b>Soz.Vers.Nr.:</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Ich hole meine Kundenkarte persönlich in der Apotheke ab</b>				

Die Speicherung der verordneten Arzneimittel dient Ihrer Sicherheit bei der Arzneimittelabgabe. Zusätzlich kann am Jahresende eine Gesamtquittung über bezahlte Anteile erstellt werden. Ihre Daten werden nur in unserer Apotheke gespeichert, eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Bitte bringen Sie Ihre Kundenkarte bei jedem Besuch in unserer Apotheke mit. Mit der Speicherung meiner Daten auf Datenträgern erkläre ich mich hiermit einverstanden. Mir wurde bestätigt, dass es den bei der Datenspeicherung beschäftigten Personen untersagt ist, meine Daten ungefragt weiterzugeben. Durch Absenden oder Übergabe dieses Formulars erklären Sie sich hiermit einverstanden.

Wien, am .....

.....

Unterschrift

Vom System vergebene Kunden Nr: .....

DVR. 0077577

St. Anna Apotheke, Mag. Dr. Peithner KG • 1120 • Meidlinger Hauptstraße 86

Tel.: 01/813 10 62-0 • Fax: 01/813 10 62 – DW 24 • www.apotheke-st-anna.at • Firmenbuch Nr. 24640k • Handelsgericht Wien