



Ratsapotheke Wismar

Eine Eintragung in die Kundendatei bietet Ihnen folgende Vorteile:

- > Überprüfung Ihrer Arzneimittel auf evtl. Wechselwirkungen
- > Jahresabrechnung für Krankenkasse und Finanzamt

NAME

---

VORNAME

---

PLZ/ORT

---

GEBURTSDATUM

---

KUNDENNUMMER

---

**Einverständniserklärung:**

*Ich bin einverstanden, dass die Apotheke mich in Ihre Kundenkartei aufnimmt und hierzu meine persönlichen Daten in ihrem EDV-System speichert. Ich kann jederzeit Einblick in die von mir gespeicherten Daten verlangen.*

*Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen, meine Daten werden dann aus der Kundenkartei gelöscht.*

DATUM / UNTERSCHRIFT

---