

# A N T R A G

für eine kostenlose **Servicekarte** Ihrer Apotheke im Kaufland

**Bitte ausfüllen:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße + Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

IK-Nummer: \_\_\_\_\_

Befreit:                      ja                      nein

*Einwilligungserklärung*

*Mit der Annahme der Servicekarte willige ich – jederzeit widerruflich – ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten zur Unterstützung Ihrer Beratungstätigkeit und Beratungspflicht mir gegenüber und damit nur zu eigenen Zwecken speichert.*

*Sie ist daher nicht berechtigt, diese Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten an Dritte weiterzugeben. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet meine gespeicherten Daten sofort zu löschen.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift