

# Antrag

für eine kostenlose Kundenkarte der Marien-Apotheke

**Karten-Nr.** \_\_\_\_\_

**Name**.....

**Vorname**.....

**Geburtsdatum**.....

**Straße**.....

**PLZ/Ort**.....

**Telefon**.....

**Krankenkasse**.....

**Name des Hausarztes**.....

**Befreiung bis**.....

Mit meiner Unterschrift erlaube ich die Aufnahme und Speicherung meiner Daten. Sie werden ausschließlich zu Beratungszwecken im Rahmen der Dienstleistung der Marien-Apotheke mit mir persönlich verwendet. Eine Weitergabe an Dritte wird ausgeschlossen. Auch an die Krankenkasse werden Daten nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin weitergegeben. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet meine gespeicherten Daten sofort zu löschen.

.....  
**Datum** **Unterschrift**