



**DR. ROTHES  
APOTHEKE**

## **Antrag Kundenkarte sowie Einverständniserklärung**

**Ja**, ich möchte die folgenden Vorteile der Kundenkarte für mich in Anspruch nehmen:

- Prüfung der Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel
- Erkennen von Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln
- Gewährleistung , dass Ihre Dauermedikamente vorrätig sind
- **3% Rabatt** auf alle nicht apothekenpflichtigen Produkte ( z.B. Kosmetika , Zahnpflegeprodukte , Bäder , versch. Vitamin - und Stärkungspräparate , Hustenbonbons u.v.m.)
- Ob für die Krankenkasse oder für die Steuer , wir liefern Ihnen alle notwendigen Belege.
- Wir wissen , welcher Hustensaft Ihnen im letzten Winter so gut geholfen hat , welche Gelenkbinde genau die richtige bei Ihrer Sportverletzung war und welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel im letzten Urlaub hatte . Und Sie können sich darauf verlassen , dass Sie Ihr bewährtes Mittel immer wieder erhalten .

**Name:**

**Vorname:**

**Strasse/Hausnummer:**

**PLZ:**

**Ort:**

**Telefon:**

**Telefax:**

**e-Mail-Adresse:**

**Geb.-Datum:**

**Kasse:**

**befreit:            bis:**

**Chron. Erkrankungen:**

**Dauermedikation:**

**Besonderes:**

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen. Wir versichern, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten in unserer EDV zu speichern. Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen, Ihre Daten werden dann aus unserer Kundendatei gelöscht.

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden:

Ort/Datum

Unterschrift