Service-Plus-Karte
HERZ APOTHEKE

Name: _____ Vorname:_____

Geburtsdatum:____/___/_____ Kundennummer:/__/__/__/__/__/

PLZ: /__/__/__/__/__/ Wohnort:_____

Staße:_____ Telefon:_____

Befreiungsausweis gültig bis: __/__/__ Krankenkasse:_____

Sammelquittung für Krankenkasse ( ) Sammelquittung für Finanzamt ( )

Hiermit erkläre ich entsprechend des § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten zu diesem Zweck von der HERZ-APOTHEKE gespeichert und verarbeitet werden. Ich erkläre mich ebenfalls einverstanden, dass mir Informationsbriefe und Gratulationsschreiben zugesandt werden. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung an Dritte untersage ich.

Datum:_____ Unterschrift:_____

Ich bin an aktuellen Informationen zu folgenden Themen interessiert

a)_____ d)_____

b)_____ e)_____

c)_____ f)_____