

UNSER SERVICE: IHRE PERSÖNLICHE KUNDENKARTE ...

DIESE BESONDEREN LEISTUNGEN

GIBT'S **GRATIS** BEI UNS MIT IHRER PERSÖNLICHEN **KUNDENKARTE**:

- **MEHR KOMFORT & SICHERHEIT:**

KENNEN SIE DIE SITUATION? SIE STEHEN IN DER APOTHEKE UND WISSEN GERADE NICHT DEN NAMEN EINER BESTIMMTEN ARZNEI. KEIN PROBLEM, DANK IHRER PERSÖNLICHEN KUNDENKARTE WISSEN WIR IMMER GANZ GENAU, WELCHE MEDIKAMENTE SIE VON IHREM ARZT SCHON EINMAL VERSCHRIEBEN BEKAMEN, WELCHE HUSTENTROPFEN IHNEN IM LETZTEN WINTER GEHOLFEN HABEN ODER WELCHEN LICHTSCHUTZFAKTOR IHRE SONNENSCHUTZCREME VOM LETZTEN JAHR HATTE. SO ERHALTEN SIE DANK DER DATENSPEICHERUNG IMMER IHR PRODUKT - EINFACH, SICHER.

- **WECHSELWIRKUNGEN:** IMMER WIEDER KANN ES ZWISCHEN EINZELNEN MEDIKAMENTEN ZU UNERWÜNSCHTEN WECHSELWIRKUNGEN KOMMEN. DANK IHRER KUNDENKARTE KÖNNEN WIR IHRE ARZNEIMITTEL AUF EVENTUELLE 'INTERAKTIONEN' CHECKEN UND IHNEN AUF WUNSCH SAGEN, WENN BESTIMMTE ARZNEIEN MAL NICHT ZUEINANDER 'PASSEN' SOLLTEN.



- **BEFREIUNG:** SIE SIND VON DER BEZAHLUNG DER REZEPTANTEILE BEFREIT? LEGEN SIE EINFACH DEN BEFREIUNGSANWEISUNG BEI UNS NUR EINMAL VOR, WIR SPEICHERN IHRE BEFREIUNG.

- **JAHRESABRECHNUNG:** ERSPAREN SIE SICH, EINZELBELEGE ZU SAMMELN. MIT DER KUNDENKARTE UND SPEICHERUNG DER VORGÄNGE KÖNNEN WIR IHNEN JEDERZEIT ODER ZUM JAHRESENDE EINE KOSTENAUFSTELLUNG ZUR VORLAGE BEI DER KRANKENKASSE ODER DEM FINANZAMT AUSDRUCKEN.

- **FREI-HAUS-LIEFERUNG:** NACH BEDARF.

- **SOFORT-RABATT:** SIE BEKOMMEN AUF ALLE NICHT APOTHEKENPFLICHTIGEN WAREN AUTOMATISCH 3 % RABATT.

- **DATEN-SCHUTZ:** IHRE BEI UNS GESPEICHERTEN DATEN WERDEN AUF KEINEN FALL WEITER GEGEBEN; SIE KÖNNEN STETS EINBLICK ERHALTEN - UND IHRE DATEN JEDERZEIT LÖSCHEN LASSEN.

INTERESSIERT? **KOMMEN SIE EINFACH ZU UNS IN DIE APOTHEKE** - AM BESTEN GLEICH MIT DIESEM AUSGEFÜLLTEN FORMULAR FÜR IHRE **KUNDENKARTE**:

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

STRASSE / NR. _____ PLZ / WOHNORT _____

VORWAHL / TEL. _____ VORWAHL / FAX _____ E-MAIL _____

KRANKENKASSE _____ VERSICHERTEN-NR. _____ BEFREIT JA / NEIN BIS _____

HIERMIT ERKLÄRE ICH ENTSPRECHEND DES § 3 DES BUNDES DATENSCHUTZGESETZES (BDSG) MEIN EINVERSTÄNDNIS, DASS ZU OBIGEM ZWECK MEINE PERSÖNLICHEN ADRESS- UND ARZNEIMITTELDATEN VON DER HUMBOLDT-APOTHEKE GESPEICHERT UND VERARBEITET WERDEN. ICH ERKLÄRE MICH EINVERSTANDEN, DASS MIR INFORMATIONSBRIEFE ZUGESANDT WERDEN. ICH HABE DAS RECHT, JEDERZEIT

ÜBER DIE GESPEICHERTEN DATEN AUSKUNFT ZU BEKOMMEN UND DIESE LÖSCHEN ZU LASSEN. EINE WEITERLEITUNG UNTERSAGE ICH!

ORT / DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____