

Kundenkartenantrag – Ihre persönliche Kundenkarte! Kostenlos und mit 3 % Sofortrabatt**

*Ausgenommen sind alle Angebotsartikel aus der Printwerbung sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel und Zuzahlungen. Der Rabatt gilt nicht in Verbindung mit anderen Rabatten.

Liebe Kunden,

um Sie in Zukunft noch besser betreuen zu können, möchten wir Ihnen gerne unsere Kundenkarte vorstellen. Sie haben durch die Kundenkarte folgende Vorteile:

- ✓ **Mehr Sicherheit und Verträglichkeit Ihrer Arzneimittel!**
Passt das Grippemittel zu Ihren anderen Medikamenten? Mit der Kundenkarte können wir sofort erkennen, ob sich ein Medikament mit den Mitteln verträgt, die Sie bereits vor Wochen bei uns gekauft haben.
- ✓ **Wir wissen stets, ob Sie „befreit“ sind oder nicht.**
Mit der Kundenkarte können Sie Ihren Befreiungsbescheid zuhause lassen. Wir registrieren einmalig Ihre Befreiung von den Rezeptzuzahlungen.
- ✓ **Auflistung Ihrer Zuzahlungen.**
Wir erfassen Ihre Rezeptzuzahlungen in der Apotheke. Den aktuellen Stand Ihrer bei uns geleisteten Zuzahlungen drucken wir Ihnen auf jedem Kassenbon aus.

- ✓ **Jahresabrechnung für das Finanzamt und die Krankenkasse.**
Am Jahresende erhalten Sie von uns auf Wunsch eine Aufstellung sämtlicher Aufwendungen zum Nachweis beim Finanzamt und/oder der Krankenkasse. Für Sie entfällt somit das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen und Quittungen.
- ✓ **3 % Einkaufsrabatt auf alle Artikel in der Selbstbedienung.**
Sparen Sie bares Geld! Wenn Sie mit der Kundenkarte einkaufen, erhalten Sie 3 % Rabatt auf alle Artikel in der Selbstbedienung, wie z.B. Kosmetikartikel, Körperpflegeprodukte und vieles mehr. Ausgenommen sind alle Angebotsartikel aus der Printwerbung sowie verschreibungspflichtige Arzneimittel und Zuzahlungen. Der Rabatt gilt nicht in Verbindung mit anderen Rabatten.
- ✓ **Kontinuität.**
Wir wissen, welches Hustenmittel Ihnen im letzten Winter geholfen hat oder welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel hatte. Unsere Kundenkarte erhalten Sie kostenlos!

Antragsformular

Name/Vorname*

Geburtsdatum*

Straße*

PLZ/Ort*

Telefon

Telefax

E-Mail

Zuzahlungsbefreiung seit/bis

Krankenkasse/Krankenkassennummer

Kundenkartennummer (wird von der Apotheke ausgefüllt)

*Pflichtangaben

Für eine gezielte Betreuung können Sie hier freiwillig Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand machen. Kreuzen Sie hierzu einfach das entsprechende Symbol an. Alle diese Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt.

Art der Krankheit

- | | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Stomapatient |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Leber-Galle |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Postmenopause | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose |
| <input type="checkbox"/> Hypotonie | <input type="checkbox"/> Rheuma/Gicht | <input type="checkbox"/> Koronarerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Venenleiden | <input type="checkbox"/> Hautschäden | <input type="checkbox"/> Blase-Niere |

Haben Sie noch weitere Wünsche oder Anregungen?
Schreiben Sie uns einfach kurz ein paar Worte:

Hinweise zum Datenschutz gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre persönlichen Daten einschließlich der Daten über bestehende Krankheiten, Medikationen und Unverträglichkeiten bei uns in der EDV speichern. Die Daten werden ausschließlich innerhalb der Apotheke verwendet, nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Einwilligung zur Speicherung der Daten können Sie jederzeit widerrufen per E-Mail kontakt@4lindenapotheke.de oder kontakt@aviephoenixapotheke.de, per Fax: (052) 46595 oder (052) 2088309 oder postalisch an die auf der Titelseite angegebene Anschrift unserer Apotheke. Ihre Daten werden dann umgehend aus unserer Kundendatei gelöscht, sofern der Löschung keine anderen, gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Im Falle eines Verkaufes oder der Verpachtung der Apotheke, stimmen Sie der Weitergabe vorgenannter Daten an eine Nachfolgerin / einen Nachfolger zu. Die Weitergabe und Nutzung der Daten erfolgt in diesen Fällen auch weiterhin ausschließlich innerhalb der Apotheke und nur zum Zwecke Ihrer Beratung und Betreuung. Die Nachfolgerin / der Nachfolger muss selbständiger Apotheker sein.

Ja, ich stimme dem Erhalt von Informationen der AVIE Apotheke zu. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, per E-Mail, Telefax oder postalisch an die Kontaktdaten der unten angegebenen Apotheke. Wenn ich keine Einwilligung erteile, hat dies keinen Einfluss auf meine Teilnahme am Kundenkartenprogramm.

Datum Unterschrift

