

Ja! Ich möchte Kunde werden!

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr: _____

Plz/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Befreit: Nein Ja, bis _____

Ich möchte eine Monatsrechnung

Ich erteile Ihnen eine Einzugsermächtigung

Ich überweise den Rechnungsbetrag innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum

Ich erkläre entsprechend §3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten zum Zwecke der Arzneimittelberatung und Kundenpflege von meiner Apotheke gespeichert und verarbeitet werden. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen. Eine Weiterleitung an Dritte untersage ich.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Vital Apotheke
Eckernförder Straße 362
24107 Kiel-Suchsdorf

.....

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Herr / Frau : _____

Straße : _____

PLZ : _____ Ort : _____

Hiermit ermächtige ich die Vital Apotheke, Eckernförder Straße 362, in
Kiel

einmalig den Betrag von € _____

monatlich den Rechnungsbetrag (nicht zutreffendes bitte streichen)

von meinem Konto bei _____

IBAN : _____

BIC : _____

einzuziehen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)