

Antrag für die Kundenkarte der Tauern-Apotheke-Mittersill

Frau Herr

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Vers.Nr.: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Telefon (Mobil): _____

E-Mail: _____

Ihre persönlichen Vorteile:

- ✓ Wir informieren Sie aktuell per Newsletter oder SMS-Service über Vortragsveranstaltungen und Produktpräsentationen in unserer Apotheke
- ✓ Sie sind unser VIP bei speziellen Kosmetikaktionen und individueller Beratung
- ✓ Wir schenken Ihnen zum Geburtstag 25% auf ein rezeptfreies Produkt Ihrer Wahl, melden Sie sich an Ihrem Geburtstag bei uns!
- ✓ Das aufwendige Sammeln von Belegen entfällt für unsere Stammkunden! Auf Anfrage erstellen wir für Sie einen kompletten Ausdruck über Ihre Rezeptgebühren für das Finanzamt. Natürlich kostenfrei.
- ✓ Sie wissen nicht mehr welches Medikament Ihnen am besten geholfen hat? Kein Problem, wir speichern die von Ihnen bei uns gekauften Medikamente. Wir helfen Ihnen gerne.
- ✓ Durch die Speicherung der Medikamente können wir bei sämtlichen, über uns bezogenen Produkten, Wechselwirkungen ausschließen.

Ja, ich möchte die Vorteile der Kundenkarte der Tauern-Apotheke-Mittersill nutzen.

Ich erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten einverstanden; die Daten werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich zur Evidenzhaltung durch die Tauern-Apotheke-Mittersill sowie für die im Antrag angebotenen Dienste verwendet. Informationsdienste können jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die bekannt gegebenen persönlichen Daten werden nicht an Dritte (apothekenfremde Personen) weitergegeben. Mit diesem Angebot sind keinerlei Verpflichtungen zum Kauf oder Abnahme von Waren verbunden.

An folgenden Themen bin ich besonders interessiert:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neue Arzneimittel | <input type="checkbox"/> Sport & Gesundheit | <input type="checkbox"/> Bachblüten |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Impfungen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Gesunde Ernährung | <input type="checkbox"/> Schüssler Salze | <input type="checkbox"/> Kinder |
| <input type="checkbox"/> Vitamine und Mineralstoffe | <input type="checkbox"/> Kosmetik | <input type="checkbox"/> Gesund auf Reisen |
| <input type="checkbox"/> Seniorenthemen | <input type="checkbox"/> Tee-Spezialitäten | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin auch interessiert an: _____ | | |

Ort

Datum

Unterschrift Kunde