



## IHRE PERSÖNLICHE KUNDENKARTE

### Einwilligung zur Datenspeicherung Ihrer Kundenkarte

#### ARZNEIMITTELSICHERHEIT

Mit Hilfe der Kundenkarte sind wir stets auf dem Laufenden über Ihre Arzneimittel. Wir überprüfen Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und können Sie auf Risiken hinweisen.

#### ÜBERBLICK ÜBER IHRE ARZNEIMITTEL

Auch wenn Sie den Namen eines Präparates einmal vergessen haben oder wissen wollen, was Ihnen in der Vergangenheit geholfen hat - wir wissen welche Mittel Sie schon einmal bekommen haben.

#### BEFREIUNGSBESCHEID

Sie brauchen uns Ihren Befreiungsbescheid nur einmal jährlich vorzulegen. Wir merken uns, dass Sie von der Zuzahlungspflicht befreit sind.

#### SAMMELAUFSTELLUNG IHRER BELEGE

Egal ob für das Finanzamt oder die Krankenkasse - wir können Ihnen auf Ihren Wunsch hin gern einen Ausdruck Ihrer bisher geleisteten Beträge und Zuzahlungen erstellen. Sie brauchen damit keine Einzelquittungen mehr zu sammeln.

#### EINKAUFSRABATT

Mit Beantragung Ihrer Kundenkarte erhalten Sie **3% Nachlass** auf Produkte aus unserem umfangreichen **Freiwahl**-Sortiment, sowie auf unsere individuellen Beratungsangebote und erfreuen Sie sich an unseren saisonalen Produkten.

**FÜR IHRE WÜNSCHE UND FRAGEN SIND WIR JEDERZEIT ANSPRECHBAR!**

### Meine persönliche Kundenkarte der Victoria Apotheke

Vorname + Name:

Straße:

PLZ + Ort:

Email:

Geburtsdatum:

Telefon:

Befreiung Krankenkasse bis:

#### Widerrufsbelehrung:

Diese Einverständniserklärung von personenbezogenen Daten i.S.d. BDSG vom 25.05.2018 kann schriftlich widerrufen werden. Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht. Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Victoria Apotheke um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem Arbeitgeber Victoria Apotheke die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die obenstehende Widerrufsbelehrung verstanden habe und bin einverstanden, dass die Victoria Apotheke Angaben zu meiner Person, zu verordneten und bezogenen Arznei- und Hilfsmitteln und ggf. zum Inhalt von Beratungsgesprächen nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen speichert sowie ggf. Rücksprache über die Verordnung mit dem behandelnden Arzt hält.

Datum

Unterschrift

**Bitte geben Sie den ausgefüllten Antrag einfach bei Ihrem nächsten Apothekenbesuch ab!  
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre persönlichen Daten strengster Vertraulichkeit!**