

ANTRAG FÜR IHRE RONDELL KARTE

Herr Frau

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Bekannte Allergien

Krankenkasse

Zuzahlungsbefreiung nein ja bis _____

Soll Name und Adresse auf der Einzelquittung erscheinen? nein ja

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (Nachweis zur Einwilligung der Aufnahme personenbezogener Daten gemäß dsvgl Art. 7 / bdsng-Neu § 51)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Rondell Apotheke, 81545 München. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikation, zu Arzneimitteln, zu Produkten und zu Dienstleistungen, die ich in der Rondell-Apotheke erhalte bzw. erwerbe.

Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke mit diesen Kontakt aufnimmt.

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass meine behandelnden Ärzte im Bedarfsfall ein von ihnen ausgestelltes Rezept direkt an die Rondell Apotheke weitergeben dürfen.

Im Falle eines Inhaberwechsels der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen.

Ich bin mit der Überbringung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Kurier-/Botendienstleistungen oder dem Versand per Logistikunternehmen einverstanden. Ebenso mit der Zusendung von Informationen, Einladungen oder Grüßen zu Geburts- und Feiertagen per Post, E-Mail, Fax oder Telefon. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der o.g. Dienstleistungen meine Kundendaten ggf. an externe Dienstleister weitergegeben werden.

Der von der Apotheke bestellte Datenschutzbeauftragte wirkt auf die Einhaltung des Datenschutzes hin.

Ich bin damit einverstanden, dass unten genannte Familienangehörige, Nachbarn, Kollegen oder mich pflegende Personen für mich bestimmte Waren in der Apotheke abholen bzw. bei Belieferung im Rahmen des Botendienstes diese für mich annehmen dürfen.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass Belege meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation) an unten aufgeführte Familienangehörige, Nachbarn, Kollegen oder mich pflegende Personen ausgehändigt werden.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine schriftliche Erklärung widerrufen werden. In diesem Fall verlieren die Kundenkarte und die damit verbundenen Dienstleistungen von uns ihre Gültigkeit.

Datum, Unterschrift (falls unter 16 Jahre zusätzlich Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Weitere Informationen finden Sie auch in unseren Datenschutzhinweisen, welche in der Apotheke ausliegen oder auch auf unserer www.rondell-apotheke.de