

Ihre persönliche Kundenkarte

Ja, ich möchte eine Kundenkarte!

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Email _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in der Apotheke am Krankenhaus gespeichert werden. Diese Daten sind streng vertraulich und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift