



Alte Löwen-Apotheke



Mag.pharm. I. Kreil-Kampelmühler

8., Josefstädterstraße 25

Tel und Fax: 405 34 12 E-mail: info@alte-loewen-apotheke.at

Anmeldebogen für die Alte Löwen-Kundenkarte

Bitte füllen Sie die Felder aus und geben Sie den Bogen in der Apotheke ab.

Titel / Vorname

Nachname

Adresse

Postleitzahl/Ort

Telefon/Fax

E-mail

Krankenkasse gebührenbefreit

Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Meine besonderen Interessen:

Homöopathie Heilpflanzen Kosmetik Sport und Wellness

Verständigen Sie mich über meine Jahrgutschrift

per Post per E-mail persönlich in der Apotheke

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Sie unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht des Apothekers und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich habe das Recht, jederzeit über meine gespeicherten Daten Auskunft einzuholen und diese löschen zu lassen.

Datum und Unterschrift