



**Ihre Persönliche Kundenkarte**  
**Apotheke am**  
**Anton-Saefkow-Platz**  
**Für Ihre individuelle Beratung**



Ihre Vorteile:

- ⇒ **5%-Kundenrabatt auf Frei- und Sichtwahl-Sortiment**  
Sie erhalten bei Ihrem Einkauf 5%-Sofortrabatt auf alle nicht rezeptpflichtigen Produkte (außer Artikel des Angebotsflyers und nicht kombinierbar mit anderen Rabatten)
- ⇒ **Überprüfung auf Unverträglichkeiten**  
Wir können sie warnen, wenn sich Ihr Medikament nicht mit dem Mittel verträgt, welches Sie bereits vor ein paar Tagen oder Wochen bei uns gekauft haben, auch wenn Sie selbst gar nicht mehr daran denken, dass sie es noch verwenden. Wir überprüfen Ihre Einkäufe auf Risiken und Wechselwirkungen.
- ⇒ **Warnung vor Risiken**  
Falls wir von Herstellern oder in der Fachpresse von wichtigen Neuerungen bezüglich Ihrer Gesundheitsprobleme oder von eventuell bekannt gewordenen Risiken bei bestimmten Mitteln erfahren, können wir Sie gezielt und in kürzester Zeit informieren.
- ⇒ **Kontinuität**  
Wir wissen, welcher Hustensaft Ihnen im letzten Winter so gut geholfen hat, welche Gelenkbinde genau die Richtige bei Ihrer letzten Sportverletzung war und welchen Lichtschutzfaktor Ihr Sonnenschutzmittel im letzten Urlaub hatte. Und Sie können sich darauf verlassen, dass Sie Ihr bewährtes Mittel immer wieder erhalten.
- ⇒ **Sammelbelege**  
Für Ihren Befreiungsbescheid erhalten Sie von uns, wann immer gewünscht, den notwendigen Sammelbeleg Ihrer bei uns geleisteten Zuzahlungen. Wussten Sie, dass Sie eventuell auch dann Geld vom Finanzamt zurückbekommen, wenn Sie sich nicht von der Zuzahlungspflicht befreien lassen können? Ob für die Krankenkasse oder für die Steuer, wir liefern Ihnen alle notwendigen Belege aus einer Hand.



**Einverständniserklärung**

Um Ihnen diese zusätzliche Serviceleistung anbieten zu können, benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir versichern Ihnen, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten in unserem EDV-System zu speichern. Diese Einverständniserklärung können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen, Ihre Daten werden dann aus unserer Kundenkartei gelöscht. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

|                    |  |          |      |
|--------------------|--|----------|------|
| Name:              |  | Vorname: |      |
| Straße/Hausnummer: |  | PLZ:     | Ort: |
| Telefon:           |  | Handy:   |      |

|             |               |
|-------------|---------------|
| Geb.-Datum: | Krankenkasse: |
|-------------|---------------|

|                          |
|--------------------------|
| Chronische Erkrankungen: |
| Dauermedikation:         |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.</b> |               |
| Ort / Datum:  | Unterschrift: |