

Einwilligungserklärung

Hinweis zum Datenschutz

Sehr geehrte(r) ,

damit wir Ihnen unser umfangreiches Serviceangebot zur Verfügung stellen können, benötigen wir von Ihnen personenbezogene Daten. Zusätzlich speichern wir auch Ihre in unserer Apotheke gekauften Arzneimittel sowie ggf. dazugehörige Gesundheitsdaten wie z.B. Dosierungen, Messwerte und vollständige Rezeptdaten. Mit diesen Informationen können wir Sie pharmazeutisch umfangreich und ganzheitlich beraten und Ihnen u.a. wichtige Hinweise zur Verträglichkeit von miteinander kombinierten Medikamenten geben. Darüber hinaus nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten ggf. für weitere Dienstleistungen, z.B. für die Zusendung von Informationsmaterial, persönlichen Anschreiben sowie zum Ausstellen von Bescheinigungen zur Vorlage bei Finanzämtern und Krankenkassen.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich innerhalb der unten aufgeführten Apotheke und nur zu den genannten Zwecken nutzen.

Sie können Ihre unten abgegebene Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihre personenbezogenen Daten werden dann in unserer Kundendatei entsprechend gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Kd.-Nr.	62150
Name	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	

Ich willige ein, dass die Rosen-Apotheke meine personenbezogenen Daten erhebt, verarbeitet und nutzt, insbesondere meine Gesundheitsdaten, um mir das beschriebene Serviceangebot zur Verfügung stellen zu können.

Ort, Datum

Unterschrift

Rosen-Apotheke Marienstr. 13 - 68794 Oberhausen

Gläubiger-Identifikationsnummer DE15ZZZ00002222745

Mandatsreferenz

Datum 26.08.2021

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Rosen-Apotheke, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rosen-Apotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Kontoinhaber:

Datum, Ort

Unterschrift