



Mehr Service und viele Vorteile!

So funktioniert es:

Durch das Einlesen Ihrer persönlichen Kundennummer werden bei jedem Kauf alle rezeptpflichtigen oder rezeptfreien Arzneimittel und Artikel sowie alle Zuzahlungen unter Ihrem Namen (natürlich streng vertraulich) in unserer EDV-Anlage gespeichert.

Somit haben wir die Möglichkeit sofort zu prüfen, ob sich das von Ihnen gekaufte Medikament mit dem von Ihrem Arzt verordneten Arzneimittel verträgt, oder ob es zu unerwünschten Wechselwirkungen kommen kann.

Optimale Beratung und Betreuung:

Damit wir diese optimale Beratung und Betreuung für sie ermöglichen können, legen Sie bitte Ihre Kundenkarte bei jedem Besuch in unserer Apotheke vor.

Preisnachlass:

Sie erhalten 3% Preisnachlass auf alle Waren aus unserem Selbstbedienungssortiment.

Befreiungsbescheid:

Falls Sie einen Befreiungsausweis besitzen, brauchen Sie diesen nur einmal vorzulegen. Danach genügt Ihre persönliche Kundenkarte!

Sammelbelege für die Krankenkasse:

Auf Wunsch erhalten Sie von uns am Jahresende eine Sammelquittung (gemäß den gesetzlichen Vorschriften) für alle Zuzahlungskosten und Aufwendungen beim Arzneimittelkauf.

So haben Sie die Möglichkeit von Ihrer Krankenkasse evtl. Kosten zurückerstattet zu bekommen.

Jahresabrechnung für das Finanzamt:

Wir erstellen für Sie bei Nutzung Ihrer Kundenkarte die jährliche Auflistung sämtlicher Aufwendungen zum Nachweis für das Finanzamt.

Das Sammeln und Aufbewahren von Einzelbelegen oder Quittungsheften entfällt.

Ihre Kundenkarte ist KOSTENLOS!

Um Ihnen unseren vorgenannten kostenlosen Service anbieten zu können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Daten und Ihr Einverständnis, damit wir diese in unserem EDV-System speichern können.

Es werden keine Persönlichen Daten auf der Karte gespeichert. Der Strichcode enthält lediglich Ihre Kundennummer. Ein Datenmissbrauch ist damit ausgeschlossen.

Einverständniserklärung:

Kundennummer: _____

Ich möchte die Kundenkarte der „Apotheke am Postamt“ gerne nutzen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Nr.: _____

Befreiungsausweis-Nr.: _____

Gültig bis: _____

Ich bitte um eine Sammelquittung für Krankenkasse bzw. Finanzamt: JA NEIN

Ich bin: (zutreffendes bitte unterstreichen)
Allergiker, Diabetiker, Epileptiker, Herz-Kreislauf-Patient

Hiermit erkläre ich entsprechend des §3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) mein Einverständnis, dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten zum Zwecke der Arzneimittelberatung und Kundenpflege von meiner Apotheke gespeichert und verarbeitet werden.

Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen.
Eine Weiterleitung an Dritte untersage ich.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____