



RATS-APOTHEKE

RATS-APOTHEKE Kaiserstraße 31 D-79761 Waldshut-Tiengen

Einwilligung zur Speicherung personenbezogener Daten

Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen wir Aufzeichnungen, die Ihre persönlichen Daten enthalten, nur mit Ihrer freiwilligen Zustimmung speichern. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten geschützt sind und ausschließlich innerhalb unseres Apothekenverbundes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt werden.

Diese Einwilligung bezieht sich neben meinen Kontaktdaten auch auf alle Gesundheitsdaten, insbesondere zur Medikation oder Arzneimitteln und Produkten, die ich erhalte bzw. erwerbe oder die im Rahmen einer ordnungsgemäßen Arznei- und Heilmittelversorgung erforderlich sind. Ebenfalls für Produkt für die ich mich nur interessiere, sie aber letztendlich nicht erwerbe oder Inhalte au Beratungsgesprächen. Eine Weitergabe der Kundenkartendaten an Dritte findet nicht statt, sofern dem keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten in der Regel 3 Jahre nach dem letzten Kundenkontakt von der Apotheke gelöscht.

Darüber hinaus willige ich ein, dass Auskünfte von dem rezeptierenden Arzt zur korrekten Medikation oder vergleichbare erforderliche Informationen im Rahmen der Medikationsberatung eingeholt werden dürfen.

Im Weiteren willige ich ein, dass Information an nachfolgende Personen, nach deren Identitätsfeststellung, weitergeben werden dürfen.

.....
Vor- und Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
Vor- und Nachname

.....
Geburtsdatum

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis für die Speicherung Ihrer Daten.

- Des Weiteren willige ich ein, dass ich von der Rats-Apotheke Dr.Erich Beuttel zu werblichen Zwecken kontaktiert werden darf.
- Im Falle eines Betriebsüberganges willige ich der Weitergabe meiner Daten an den Rechtsnachfolger ein.
- Ich bin damit einverstanden, dass gelieferte Medikamente im Briefkasten oder im häuslichen Umfeld oder Nachbarn abgegeben werden dürfen.

Widerruf

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Es werden dann keine weiteren Daten gespeichert, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht benötigt werden.

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Name, Vorname

.....
Unterschrift

Kundendaten: s.Rückseite

RATS-APOTHEKE WALDSHUT

Inh. Christian Milbrandt e.K.
Kaiserstraße 31
D-79761 Waldshut-Tiengen

Fon+49 (0)7751 22 20
Fax+49 (0)7751 80 04 84
bestellung@ratsapotheke-waldshut.de

apoBank Düsseldorf
IBAN DE38 30060601 0108170770
BIC DAAEDED

Ust-IdNr. DE283502477
Amtsgericht Freiburg i.Br.
HRA 621152



RATS-APOTHEKE

RATS-APOTHEKE Kaiserstraße 31 D-79761 Waldshut-Tiengen

Ihre Kundendaten:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

RATS-APOTHEKE WALDSHUT

Inh. Christian Milbrandt e.K.
Kaiserstraße 31
D-79761 Waldshut-Tiengen

Fon+49 (0)7751 22 20
Fax+49 (0)7751 80 04 84
bestellung@ratsapotheke-waldshut.de

apoBank Düsseldorf
IBAN DE38 30060601 0108170770
BIC DAAEDED

Ust-IdNr. DE283502477
Amtsgericht Freiburg i.Br.
HRA 621152