

Ja, ich beantrage meine persönliche Bonus-Card von

pharmacy  munich

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

gesetzlich versichert

privat versichert

Krankenkasse, Nummer der Krankenkasse

Einverständniserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz:

Im Rahmen der kostenlosen Kundenkarte ist die Erhebung, Verarbeitung sowie Nutzung von personenbezogenen Daten in den pharmacy4munich-Apotheken erforderlich.

Ich bin darüber informiert worden, dass diese Apotheken meine pharmazeutische Betreuung übernehmen, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme zu erkennen und zu lösen. Darüber hinaus dient auf meinen Wunsch hin die Kundenkarte der Erstellung von Belegen über meine geleisteten Zuzahlungen, Mehrkosten und Aufwendungen im Rahmen der Selbstmedikation zur Vorlage durch mich bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt.

Ich bin deshalb damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die zu meiner pharmazeutischen Betreuung notwendig sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse (z. B. Wechselwirkungen von Medikamenten) in den pharmacy4munich-Apotheken gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich mit der Speicherung meiner Eigenleistungen (Zuzahlungen, Mehrkosten, Selbstmedikation) einverstanden.

Diese Apotheken sind nicht berechtigt, meine personenbezogenen Daten an Dritte weiterzugeben, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie z. B. Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister).

Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke diesen Kontakt aufnimmt.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß §4 BDSG freiwillig erfolgen. Gemäß §§34, 35 BDSG bin ich jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen. Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber den Apotheken widerrufen kann. Bei erfolgtem Widerruf sind die pharmacy4munich-Apotheken verpflichtet, meine gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen.

Ich bin nicht damit einverstanden, weitere Informationen zu Angeboten, Aktionen, Veranstaltungen, Vorträgen etc. per E-Mail von pharmacy4munich zu erhalten.

Datum, Unterschrift

PER FAX AN
089 - 548 496 84