

VITALIS APOTHEKE

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen !

Unsere Leistungen:

- ◆ Payback
- ◆ Sofortrabatt
- ◆ bargeldlos bezahlen mit Ihrer EC-Karte
- ◆ monatliche Sonderaktionen
- ◆ Anmessen von Kompressionsstrümpfen
- ◆ Verleih von Milchpumpe, Babywaagen, Pari Boy, etc.
- ◆ kostenloser Lieferservice
- ◆ Blutdruckmessung
- ◆ Anfertigung individueller Rezepturen
- ◆ Medikamentenvorbestellung telefonisch,
per Fax oder e-mail über unsere Homepage

Ihre Vorteile:

- ◆ Sie erhalten **3% Sofortrabatt** im Selbstbedienungssortiment.
- ◆ Auf Wunsch überprüfen wir sofort, **ob sich Ihr aktuelles Medikament mit den Arzneimitteln verträgt**, die Sie bereits vor Wochen bei uns gekauft haben.
- ◆ Wir können Ihnen sagen, welches Hausmittel Ihnen vor einem Jahr geholfen hat, **welches Rabattarzneimittel Ihre Krankenkasse zuletzt erstattet hat**, welchen Kosmetikartikel Sie vor drei Monaten gekauft haben, welchen Tee Sie zuletzt hatten.....
- ◆ Bei uns brauchen Sie Ihren Befreiungsbescheid nur einmal im Jahr vorzulegen. **Wir speichern die Befreiungsdauer** und wissen bei jedem Besuch, dass sie „zuzahlungsbefreit“ sind.
- ◆ Sie erhalten von uns kostenlos eine Jahresaufstellung Ihrer Zahlungen als **Nachweis für die Krankenkasse und das Finanzamt**. Mit der Kundenkarte benötigen Sie keine Einzelbelege und keine Quittungshefte mehr.
- ◆ Wenn Sie Ihre Medikamente nicht abholen können, liefern wir auch gerne **kostenlos nach Hause**.
- ◆ Leihgeräte wie Babywaagen, Milchpumpen, Inhalationsgeräte oder Blutdruckmessgeräte bekommen Sie von uns **ohne Kautions**.

KUNDENKARTENANTRAG

Die Vitalis Apotheke bietet Ihnen mit der Kundenkarte die Möglichkeit, unsere Service- und Beratungsleistungen noch umfassender zu nutzen.

Bitte diesen Antrag ausgefüllt bei uns in der Apotheke abgeben. Wenn Sie noch Fragen dazu haben, stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

KUNDENDATEN

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

HAUSARZT

Name _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Kundenkarten-Nr. _____

Die folgenden Daten sind freiwillig und dienen der Verbesserung Ihrer Beratung. Sie sind für die Vergabe der Kundenkarte nicht erforderlich.

Krankenkasse _____

Zuzahlungsbefreit Nein Ja bis: _____

Einwilligungserklärung

Mit der Annahme der Apothekenkarte willige ich -jederzeit widerruflich- ein, dass die Galerie-Apotheke meine personenbezogenen Daten zur Unterstützung ihrer Beratungstätigkeit und -pflicht und damit nur zu eigenen Zwecken speichert. Sie ist nicht berechtigt, diese Daten an Dritte weiterzugeben.

Nach schriftlichem Widerruf ist die Galerie-Apotheke verpflichtet, die gespeicherten Daten zu löschen.

Ort

Datum

Unterschrift