

# Einwilligungserklärung

## ⇒ Einwilligungserklärung auf Kundenkarteieinträgen

### Hinweise zum Datenschutz

Um Ihnen unser umfangreiches Serviceangebot zukommen lassen zu können, benötigen wir von Ihnen persönliche Angaben. Diese speichern wir in unserer Datenverarbeitung. Zusätzlich speichern wir für einen Zeitraum von 3 Jahren auch Ihre in unserer Apotheke bzw. in einer unserer Filialapotheke gekauften Arzneimittel.

Wir versichern Ihnen, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Unternehmens und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung genutzt werden.

Sie können Ihre unten abgegebene Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Ihre Daten werden dann in unserer Kundenkartei gelöscht.

Wegen Art. 7 Abs. 3 S. 3 DS-GVO weisen wir Sie darauf hin, dass der Widerruf nur in die Zukunft gilt.

Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Weitere Informationen zum Datenschutz sind auf der Rückseite abgedruckt.

### Antrag: Pflichtangaben\*

Name/Firma*		Krankenkasse (IK-Nr.)*
Straße*		Geburtsdatum*
PLZ, Ort*		
Telefon/Mobile*		
Telefax		E-Mail Adresse

\* Wir weisen darauf hin, dass es sich bei der Übertragung von Daten über WhatsApp um keinen datenschutzrechtlich sicheren Weg der Übertragung handelt. Das hieraus resultierende Risiko eines Zugriffs auf diese Daten durch Dritte liegt alleine bei Ihnen.

**Mit der in den „Datenschutzbestimmungen“ beschriebenen Speicherung und Nutzung meiner Daten bin ich einverstanden.**

Ort, Datum

Unterschrift