

Einverständniserklärung Datenbearbeitung

Persönliche Daten / Adresse

Nachname:

Vorname(n):

Strasse/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Ich willige in folgende Punkte ein:

- Erhebung meiner personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung, Abwicklung von Rezepten, Kommunikation mit den Krankenkassen und Abrechnungsstellen.
- Erhebung meiner personenbezogenen Daten für die Kundenbetreuung.
- Speicherung meiner personenbezogenen Stammdaten wie z.B. Medikation, Gesundheitszustand, Protokolle zu Beratungsgesprächen.
- Speicherung und Zugriff von verschiedenen Geschäften in unserem Verbund.
- Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber des Geschäftes im Falle eines Inhaberwechsels.
- Einholung von Auskünften oder Rücksprache mit behandelnden Ärzten zu Medikation oder vergleichbaren Informationen.
- Erhebung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Kundenkarte.

Ich stimme dem Erhalt von Informationen wie folgt zu:

- Aktionen über gesundheitliche Themen
- Geburtstagsglückwünsche
- Kundenevents

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie kann jederzeit und formlos widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.

Unterschrift

Ort, Datum:

Unterschrift: