

# Antrag: Cashkarte

<b>Anrede:</b>	<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau
<b>Vorname:</b>	
<b>Nachname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Straße / Hausnummer:</b>	
<b>PLZ / Wohnort:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Hausarzt:</b>	
<b>Allergien:</b>	

Einwilligung zur Datennutzung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, Email-Adresse) von der Marien-Apotheke OHG / Niedertor-Apotheke erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, um mich über künftige Workshops und Vorträge rund um das Thema Gesundheit und Wellness zu informieren. Eine Kontaktaufnahme kann per Post, Telefon oder Email erfolgen. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

---

Datum

Unterschrift

Ich bin mit der Zusendung von Informationen und Einladungen per Post, Email oder Fax einverstanden.

---

Datum

Unterschrift

