

ANMELDUNG

Ja, die Leistungen überzeugen mich.

Ich wähle die Postapotheke Euskirchen zu meiner Hausapotheke.

Frau

Herr

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

Befreiung bis

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Kundendaten bei uns gespeichert werden. Alle Ihre Daten verbleiben ausschließlich in unserer Apotheke und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Alle Ihre Daten werden auf Ihren Wunsch selbstverständlich wieder gelöscht.

Ich bin einverstanden

Datum

Unterschrift



