

Nutzen Sie die Vorteile unserer Kundenkarte.



Mit Hilfe unserer Kundenkarte wollen wir Sie in Zukunft noch besser betreuen! Wer auf die Kundenkarte setzt, nutzt automatisch 6 Vorteile!

Unsere Kundenkarte bietet Ihnen viele Vorteile.



1. Unsere Kundenkarte erhalten Sie kostenlos.

2. Sie bekommen immer das Medikament, das Sie brauchen.

Wenn sie einmal den Namen des Medikaments vergessen haben, wissen wir immer, welches Medikament Sie benötigen.

3. So bekommen Sie Geld zurück vom Finanzamt.

Mit unseren Sammelquittungen können Sie die Ausgaben für Ihre Gesundheit auch bequem gegenüber dem Finanzamt belegen.

4. Sie erhalten mehr Arzneimittelsicherheit.

Die Verbindung Ihrer Kundenkarte mit unserer modernen Datenbank ermöglicht es uns schneller und leichter als bisher, eventuelle Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten Ihrer Medikamente zu überprüfen und Sie darauf hinzuweisen.

5. Wir wissen stets, ob Sie von Rezeptzuzahlungen „befreit“ sind.

Bei uns brauchen Sie Ihren Befreiungsbescheid nicht immer mitzubringen.

6. So bekommen Sie Geld zurück von der Krankenkasse.

Gerne geben wir Ihnen eine Auflistung mit allen bei uns gekauften Medikamenten und Zuzahlungen über einen bestimmten Zeitraum. Vielleicht lohnt es sich, bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag auf Erstattung Ihrer Rezeptgebühr zu stellen. (sogenannte Überforderungsklausel).

Ja, ich möchte meine persönliche
Kundenkarte mit dem Service
der Post Apotheke haben:



Vorname:

Name:

Befreiungsausweis:

Gültig bis:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Straße:

Tel:

PLZ/Ort:

Email:

Einwilligung zur Aufnahme personenbezogener Daten gemäß BDSG § 4a

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die Post Apotheke. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in der Post Apotheke erhalte beziehungsweise erwerbe.

Eine Weitergabe der Kundenkartendaten an Dritte findet nicht statt. Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum, Unterschrift

Ich bin mit der Zusendung von Informationen oder Einladungen per Post, E-Mail oder Fax einverstanden. Der Nutzung meiner Daten zu diesem Zweck kann ich jederzeit widersprechen.

Datum, Unterschrift

Ich möchte gerne den kostenlosen Newsletter der Post Apotheke per E-Mail erhalten.