

Center Apotheke am Kaufland
Sylvia Mühlen e.K.
Neurieder Weg 33
86609 Donauwörth



KUNDENKARTE

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR AUFNAHME PERSONENBEZOGENER DATEN

Vorname:

Name:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Mobil

E-Mail:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Einwilligungserklärung

(Nachweis zur Einwilligung der Aufnahme personenbezogener Daten gemäß DSGVO Art. 7 / BDSG-Neu § 51)

Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheke mit diesen Kontakt aufnimmt.

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass meine behandelnden Ärzte im Bedarfsfall ein von ihnen ausgestelltes Rezept direkt an die Apotheke weitergeben dürfen.

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kundendaten ggf. ebenso in den Filialen der Apotheke hinterlegt sind.

Im Falle eines Inhaberwechsels sowie im Falle der Verpachtung oder Verwaltung der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Kundenkarte gespeichert wurden, an den neuen Inhaber/die neue Inhaberin offengelegt und von diesem/dieser weitergenutzt werden dürfen.

Ich bin mit der Zusendung von Informationen (z.B. Newsletter), Einladungen oder Grüßen zu Geburts- und Feiertagen per Post, E-Mail oder Telefon sowie mit der Überbringung von Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Kurier-/Botendienste einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der o.g. Dienstleistungen meiner Kundendaten ggf. an externen Dienstleister weitergegeben werden. Nähere Angaben zu den Dienstleistern finden Sie in der Datenschutzerklärung in der Apotheke.

Der von der Apotheke bestellte Datenschutzbeauftragte wirkt auf die Einhaltung des Datenschutzes hin.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine schriftliche Erklärung widerrufen werden. In diesem Fall verlieren die Kundenkarte und die damit verbundenen Dienstleistungen von uns ihre Gültigkeit. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten maximal 3 Jahre nach dem letzten Kundenkontakt von der Apotheke gelöscht.

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift Erziehungsberechtigter:
(bei unter 16-jährigen Antragstellern)