

KUNDENKARTE

Stadt-Apotheke
am Rathaus



IHRE SERVICEVORTEILE:

- BARZAHLUNGSRABATT

5% Rabatt auf apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel sowie Kosmetika, ausgenommen bereits reduzierte Ware

- RABATTSYSTEM

Payback-Karte

- BLUTDRUCKMESSUNG

Wir messen auf Wunsch Ihren Blutdruck, natürlich kostenlos

- ÜBERBLICK IHRER ARZNEIMITTEL

Ihre Arznei wird bei jeder ärztlichen Verschreibung bzw. beim Kauf von apothekenpflichtigen Arzneimitteln auf mögliche Wechselwirkungen überprüft

- KOSTENAUFSTELLUNG

Wir erstellen Ihnen auf Wunsch eine Sammelquittung für Ihre Krankenkasse oder das Finanzamt.

- BEFREIUNGSNACHWEIS

Nach einmaliger Vorlage Ihres Befreiungsausweises wird dieser bei uns gespeichert & automatisch berücksichtigt

**UNSERE APOTHEKE IST ZERTIFIZIERT
NACH DIN ISO 9001:2008**

Stadt-APOTHEKE

am Rathaus



UNSERE SERVICELEISTUNGEN:

- CHOLESTERINMESSUNG (GEG. GEBÜHR)

- BLUTZUCKERMESSUNG (GEG. GEBÜHR)

- BLUTDRUCKMESSUNG (GEG. GEBÜHR)

- ANMESSEN VON KOMPRESSIONS- STRÜMPFEN

- VERLEIH VON BABYWAAGEN

- TELEFONISCHE BESTELLANNAHME

- LIEFERSERVICE

- BESORGUNG INTERNATIONALER ARZNEIMITTEL

- ÜBERPRÜFUNG IHRER HAUS- & REISEAPOTHEKE

- QUALIFIZIERTE HOMÖOPATHIE- & NATURHEILMITTELBERATUNG

- ANFERTIGUNG INDIVIDUELLER REZEPTUREN & TEEMISCHUNGEN

- KONTINUIERLICHE WEITERBILDUNG UNSERER QUALIFIZIERTEN MITARBEITER FÜR IHRE GESUNDHEIT

BEI UNS ERHALTEN SIE:

- KOSTENLOSE GESUNDHEITS- ZEITSCHRIFTEN

- KOSTENLOSES INFOMATERIAL

- PFLEGENDE & DEKORATIVE KOMSETIK IN APOTHEKENQUALITÄT MIT INDIVIDU- ELLER BERATUNG

- BLUTDRUCKMESSGERÄTE

- BLUTZUCKERMESSGERÄTE

**UNSERE APOTHEKE IST ZERTIFIZIERT
NACH DIN ISO 9001:2008**

BEI INTERESSE AN UNSERER KUNDENKARTE:

EINFACH DEN NEBENSTEHENDEN
KUNDENKARTENVORDRUCK AUSFÜLLEN &
BEI IHREM NÄCHSTEN BESUCH MITBRINGEN.
IHRE DATEN SIND DANN AB SOFORT BEI UNS
HINTERLEGT.

KUNDENKARTE

Stadt-Apotheke
am Rathaus



Ich möchte meine persönliche Kundenkarte mit den Servicevorteilen der Stadt-Apotheke nutzen & bin mit der Speicherung meiner Daten in der Stadt-Apotheke einverstanden. Die Angaben werden vertraulich behandelt & unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Ich habe das Recht, jederzeit über meine gespeicherten Daten Auskunft einzuholen & diese löschen zu lassen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Allergie(n): _____

Datum/Unterschrift