



KUNDENKARTE

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 EN ISO 9001:2015

UNSERE SERVICELEISTUNGEN

- **Blutzuckermessungen (geg. Gebühr)**
- **Blutdruckmessung (geg. Gebühr)**
- **Anmessen von Kompressionsstrümpfen**
- **Verleih von Babywagen**
- **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 Gesundheitszeitschriften**
- **Kostenloses Infomaterial**
- **Pflegende & dekorative Kosmetik in Apothekenqualität mit individueller Beratung**
- **Blutdruckmessgeräte**
- **Blutzuckermessgeräte**

UNSERE APOTHEKE IST ZERTIFIZIERT
NACH DIN EN ISO 9001:2015

BEI INTERESSE AN UNSERER KUNDENKARTE:

Einfach den nebenstehenden Kundenkartenvordruck ausfüllen & bei ihrem nächsten Besuch mitbringen.
Ihre Daten sind dann ab sofort bei uns hinterlegt.

UNSERE APOTHEKE IST ZERTIFIZIERT
NACH DIN EN ISO 9001:2015

KUNDENKARTE

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