

Persönliche Daten (Pflichtangaben)

Frau Herr

Vorname/Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

PLZ, Ort

Telefon

ja, ich möchte allgemeine Informationen von der Apotheke per Email erhalten

nein, ich möchte keine Emails der BerlinApotheke erhalten

Email:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bekannte Internet Zeitschriften Selbsthilfegruppe Sonstiges

Kunden werben Kunden: Ja, Ich wurde geworben

Von wem wurden Sie geworben?

(Bitte geben Sie den Vor- und Nachnamen an)

Datum | Unterschrift

Datenverarbeitung

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die BerlinApotheke ein. Mir ist bekannt, dass die Weitergabe meiner Daten nur nach einer Anonymisierung der Daten zulässig ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen. Nach meinem Widerruf werden sämtliche meiner Person bezogenen Daten gelöscht. Ich weiß, dass ich jederzeit das Recht habe, Auskunft über die meiner Person bezogenen Daten zu erhalten (Bundesdatenschutzgesetz).

Datum | Unterschrift