



FLORES  
APOTHEKE

## Einwilligungs- erklärung

### WENN GEWÜNSCHT BITTE ANKREUZEN:

- Darüber hinaus bitte ich um **Zusendung des elektronischen Newsletters**, um über aktuelle Aktionen und Neuheiten der Flores Apotheke informiert zu sein.
- Ich bevollmächtige Herrn/Frau ....., geboren am ..... Einsicht in meine Kundenkartei zu nehmen und die Aufstellung der von mir bezogenen Arzneimittel in Empfang zu nehmen.

Verantwortlich für die Verarbeitung ist die Flores Apotheke, erreichbar unter genannter Adresse oder per Email an [office@flores-apotheke.at](mailto:office@flores-apotheke.at). Für den Fall einer Übertragung des Apothekerunternehmens stimme ich der Übertragung meiner Daten an den neuen Konzessionsinhaber zu.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit per Brief an die genannte Adresse oder per Email ([office@flores-apotheke.at](mailto:office@flores-apotheke.at)) widerrufen werden.

Weitergehende Informationen zu den Datenschutzbestimmungen und Ihren Rechten sind auf der Website [www.flores-apotheke.at](http://www.flores-apotheke.at) zu finden bzw. händigen wir sie Ihnen auf Anfrage gerne aus.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift



FLORES  
APOTHEKE

*Das blühende Leben*

# MEINE VORTEILE

als StammkundIn



# Meine Vorteile als StammkundIn

- Willkommensgeschenk
- Jährliche Kostenaufstellung für Finanzamt und Zusatzversicherung
- Sie haben Ihr Medikament vergessen?  
Wir finden es leicht in unserer Datenbank
- Geburtstagsüberraschung
- Wechselwirkungs-Check zwischen den Medikamenten
- Vergünstigungen bei zukünftigen Kooperationspartnern
- Zugang zu speziellen StammkundInnen-Aktionen



**FLORES**  
**APOTHEKE**

Am Nordsaum 144, 4050 Traun  
Telefon: 07229 / 51423  
office@flores-apotheke.at  
[www.flores-apotheke.at](http://www.flores-apotheke.at)

# Einwilligungs- erklärung

ICH STIMME ZU, DASS MEINE FOLGENDEN  
PERSÖNLICHEN DATEN

.....  
Name, Vorname, Titel

.....  
Kranken-  
kasse

.....  
Vers. Nr.

.....  
Geburts-  
datum

.....  
E-Mail

.....  
Telefonnummer

.....  
Straße

.....  
PLZ

.....  
Ort

von der Flores Apotheke, Am Nordsaum 144, 4050 Traun elektronisch verarbeitet und mit meinen Einkäufen in der Flores Apotheke verknüpft werden.

Dies erfolgt **zu folgenden Zwecken:**

- SMS Benachrichtigung **bei eingetroffener Bestellung**
- Eine **Bestätigung** der von mir bezogenen Arzneimittel **für die Einreichung beim Finanzamt**
- postalische/digitale Zusendung von Informationen zu rezeptfreien Arzneimitteln und anderen Gesundheitsprodukten