



ROSEN APOTHEKE VERSANDSERVICE

Rosen Apotheke Versandservice

G. Elser-Adelseck e.K.
Postfach 101208
80086 München

Servicehotline
(0800) 23 00 27 00

freecall

www.rosenapotheke.com
service@rosenapotheke.com

Patientenanmeldung

>>> Persönliche Daten

Frau Herr

Vorname*, Nachname*

Geburtsdatum

Straße*

Telefon* (für Rückfragen)

PLZ* und Ort *

E-Mail Adresse

Angaben mit einem * müssen für eine erfolgreiche Registrierung ausgefüllt werden!

>>> Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Angabe freiwillig)

Bekannte Internet Zeitschriften Selbsthilfegruppe sonstiges: _____

>>> Krankenversicherung

Name der Krankenkasse

Krankenkassen-Nummer

Versicherungsnummer

PLZ / Ort

>>> Bezahlung

- Ich möchte meine Rechnungen selbst überweisen
- Ich möchte zukünftig meine Rechnungen per Lastschrift bezahlen und ermächtige die Rosen Apotheke München bis auf Widerruf, den Rechnungsbetrag von folgendem Konto einzuziehen. (Daten zur Bankverbindung werden nur bei Lastschriftverfahren benötigt)


Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

BIC/Swift

Ort, Datum


Unterschrift

>>> Kunden werben Kunden

Ich wurde geworben. Bitte geben Sie die Kunden-Nr. an:

>>> Hinweise zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten in der Rosen Apotheke zur Durchführung meiner Bestellung gespeichert und verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten – teilweise – zur Durchführung des Auftrags an Dritte weitergegeben werden, so z. B. die Adresse an einen eingeschalteten Logistikdienstleister zur Auslieferung der Arzneimittel. Ich kann jederzeit kostenlos Einsicht oder schriftliche Auskünfte über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche Daten ggf. gelöscht werden. Die Rosen Apotheke beachtet die Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes. Für Bestellungen gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Die aktuelle Fassung ist jeweils auf der Website rosenapotheke.com abrufbar. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind auch auf den jeweiligen Bestellformularen gedruckt.

Ort, Datum



Unterschrift des Patienten

Bearbeitungsvermerke: bitte nicht ausfüllen!

RN					G			erfasst	HZ
----	--	--	--	--	---	--	--	---------	----