

Karten Antrag

Alle Angaben sind streng vertraulich und dürfen nicht weitergegeben werden.
Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Raths-Apotheke bin ich einverstanden.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass mich die Raths-Apotheke zu Informationszwecken anruft oder anschreibt.

Name _____

Vorname _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Krankenkasse _____

befreit ja/nein bis _____

Dauermedikation _____

Datum, Unterschrift

Raths-Apotheke

Prof. Dr. G. Kerstein Nachf.

Osterstraße 51 31785 Hameln

Telefon 05151 932710 Fax 05151 932735

www.raths-apotheke.de

Raths-Apotheke