

Ich möchte die Vorteile der Kundenkarte nutzen und stimme der Speicherung meiner Daten zu. Diese Daten dürfen nicht weiter gegeben werden.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ u. Wohnort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Morbach, den _____

Unterschrift

Bitte geben Sie den ausgefüllten Antrag bei Ihrem nächsten Besuch in unserer Apotheke ab.