



**Ja**, ich interessiere mich für die Kundenkarte mit dem Service der **campusapotheke**

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden – die Angaben sind vertraulich und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Krankenkasse .....

Zuzahlungsbefreiung:  **Nein**  **Ja** bis .....

Hausarzt .....

Datum .....

Unterschrift .....

**Im Dienste  
Ihrer Gesundheit**



**Gesund werden  
Gesund bleiben**

**Nutzen Sie die Vorteile  
unserer  
Kundenkarte**



**Mit unserer Kundenkarte  
wollen  
wir Sie in Zukunft  
optimal betreuen!**