

## Einverständniserklärung für Ihr Kundenkonto

Um Ihnen die Serviceleistung unserer Kontoführung anbieten zu können, benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir versichern Ihnen, daß diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten in unserem EDV-System zu speichern und E-Rezepte per KIM von den Sie versorgenden Praxen zu erhalten. Diese Einverständniserklärung können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen. Ihre Daten werden dann aus unserer Kundenkartei gelöscht.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Rechnung per E-Mail                      Ja                      Nein

### Angehörige bzw. Rechnung an:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

### Lastschriftverfahren

Bank

IBAN

BIC

Hiermit ermächtige ich die Nicolai-Apotheke in Eckernförde meine Rechnungsbeträge per Lastschrift einzuziehen.

**Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden.**

Ort, Datum

Unterschrift