

Erhalt von 3 Atemschutzmasken nach Corona-Schutzmasken-Verordnung im Dezember 2020

Name			
Straße			
PLZ, Ort			
E-Mail			
Telefon			
Art der Berechtigung		Bitte Entsprechendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/>	Über 60 Jahre	<input type="checkbox"/>	Vorerkrankungen
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Risikoschwangerschaft
Bitte ankreuzen			
Bitte reservieren Sie mir verbindlich auch die nach der Verordnung vorgesehen Masken und informieren Sie mich über das weitere Vorgehen für die Monate:		1. Januar 2021 – 28. Februar 2021	16. Februar 2021- 15. April 2021

Einwilligungserklärung zur Speicherung personenbezogener Daten:

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten von der Schloss-Apotheke Koblenz OHG, Apothekerin Dr. Annette Eichele, Schloss-Straße 17, 56068 Koblenz, gespeichert werden.

Die Apotheke ist nicht berechtigt, die personenbezogenen Daten an unbefugte Dritte weiterzugeben, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dieses erforderlich (wie z.B. an die Verrechnungsstelle ARZ Darmstadt, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder auftragsbezogene Dienstleister). Darüber hinaus bin damit einverstanden, dass meine Daten ggf. für weitere Dienstleistungen wie z.B. den Botendienst, Zusendung von Informationsmaterial und persönliche Anschreiben (s. Vorteile Kundenkartenflyer) verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen. Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine gespeicherten Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Apotheke widerrufen. Dann ist die Apotheke verpflichtet, keine weiteren Datenspeicherungen mehr vorzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass mir bei Unregelmäßigkeiten in der Verarbeitung meiner Daten, ein Beschwerderecht bei: der Verantwortlichen (Fr. Dr. Annette Eichele) oder bei dem Datenschutzbeauftragten der Apotheke (Herrn Walter Pinkernell) zusteht. <https://www.schloss-apotheke-koblenz.de/datenschutz.html>

Durch das Kreuzen dieses Kästchens erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner oben genannten Daten durch die Schloss – Apotheke.

Ort, Datum

Unterschrift

Daten eingepflegt am:

von: