



**Einwilligung zur Aufnahme
personenbezogener
Daten gemäß BDSG § 4a**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner vorstehend genannten Daten durch die CRANACH Apotheke, Hamburg. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf alle Daten zu Medikationen und zu Arzneimitteln und Produkten, die ich in der o.g. CRANACH Apotheke erhalte beziehungsweise erwerbe. Eine Weitergabe der Kundenkartendaten an Dritte findet nicht statt.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Im Falle eines Inhaberwechsels der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen.

.....
Datum, Unterschrift

Ich bin mit der Zusendung von Informationen oder Einladungen per Post, E-Mail oder Fax einverstanden.

Nur zu diesem Zweck gestatte ich die Weitergabe meines Namens, Adresse und Geburtstages CRANACH Apotheke.

Der Nutzung meiner Daten zu diesem Zweck kann ich jederzeit widersprechen.

.....
Datum, Unterschrift