

Anmeldeformular

Titel, Vor- & Nachname

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Kk/VersNr./Geb.Datum

Mit dem Antrag auf meine persönliche Kundenkarte gehe ich keinerlei Verpflichtungen ein. Ich bin damit einverstanden in den Informationsverteiler der Westend Apotheke aufgenommen zu werden. Sämtliche angegebenen Daten werden von der Apotheke streng vertraulich behandelt und unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben.

Datum

Unterschrift