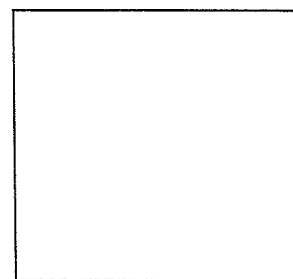


Anlage 3



Logo Kostenträger

TEILNAHMEERKLÄRUNG Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenbox

- An der Arzneimittelversorgung mittels 7x4-Box möchte ich teilnehmen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten durch die _____-Apotheke gemäß der von mir unterzeichneten datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zur Bestellung bei 7x4 Pharma genutzt werden.

Die Nutzung der Daten darf ausschließlich im Rahmen meiner Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenboxen erfolgen. Eine Weitergabe dieser Daten an Dritte ist nur aufgrund meiner gesonderten, ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung zulässig. Die _____-Apotheke verpflichtet sich, im Rahmen der Nutzung meiner Daten das Bundesdatenschutzgesetz zu beachten (§§ 4a BDSG;).

Versichertendaten

_____	_____
Name	Vorname

Geburtsdatum	

Versichertennummer	
_____	_____
Ort, Datum	Rechtsverbindliche Unterschrift

Apothekendaten

Apothekenleiter: _____	_____
Name	Vorname
_____	_____
PLZ	Ort
_____	_____
Strasse	Tel.-Nr.:
_____	_____
Institutionskennzeichen	Rechtsverbindliche Unterschrift