

TEILNAHMEERKLÄRUNG Arzneimittelversorgung mit 7x4-Wochenbox

- An der Arzneimittelversorgung mittels 7x4-Box möchte ich teilnehmen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten durch die _____-Apotheke erhoben, gespeichert, verarbeitet und 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 und die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches zu beachten (§§ 4a BDSG; 67b SGB X).

Versichertendaten

_____	_____
Name	Vorname

Geburtsdatum	

Versichertennummer	

Ort, Datum	Rechtsverbindliche Unterschrift

Apothekendaten

Apothekenleiter: Name	_____
_____	Vorname

PLZ	Ort

Strasse	Tel.-Nr.:

Institutionskennzeichen	Rechtsverbindliche Unterschrift