



Apotheke am Berliner-Tor-Platz

Ihre Experten für grüne Medizin

Hiermit ermächtige ich meine Apotheke:

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse/ Hausnr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Apothekendaten

Name: _____

Apothekenleiter: _____

Strasse/Hausnr.: _____

PLZ/ Ort: _____

an die Weiterleitung meiner Rezeptdaten zwecks zügiger Herstellung einer Rezeptur an die:

Apotheke am Berliner-Tor-Platz
Wallstr.4
46483 Wesel

Die Apotheke am Berliner-Tor-Platz stellt die Rezeptur her und versendet diese an die oben genannte Apotheke.

Die Rezeptabrechnung erfolgt zwischen den/der oben genannten Patienten(in) und ihrer oben genannten Apotheke.

Die Apotheke am Berliner-Tor-Platz darf, alle gesetzlich geforderten persönlichen Daten die für die Herstellung der Rezeptur nötig sind, nur zu diesem Zweck verwenden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Apotheke

bitte an 0281/15862 faxen