

FAX-ANMELDUNGEN WERDEN NICHT BEARBEITET

E-MAIL AN: qualitaetssicherung@apothekerkammer.de

Ja, ich melde mich für einen Pseudo Customer-Besuch an

Frau Herr Dr. Prof.

Vorname Name: _____
(Apothekenleiter/in)

Name der Apotheke: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ / _____

E-Mail: _____

Öffnungszeiten:

MO	von	bis	(und von	bis)
DI	von	bis	(und von	bis)
MI	von	bis	(und von	bis)
DO	von	bis	(und von	bis)
FR	von	bis	(und von	bis)
SA	von	bis	(und von	bis)

ACHTUNG: Es wird nur eine vollständig ausgefüllte Rückmeldung berücksichtigt!
Anmeldung entweder durch Verwenden des "Formular senden" Buttons oder alternativ durch Übersenden des ausgefüllten PDFs - NICHT Senden eines Scans (*.jpg, *.bmp, *.png)!

Basierend auf den Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung sind wir dazu angehalten, Ihre Einwilligung für Ihre personenbezogenen Daten einzuholen. Die Einwilligung zur Speicherung, Verarbeitung, Nutzung und die Weitergabe Ihrer Daten an die Avoxa (Name, Anschrift, Telefon, Fax, Name der Apotheke, E-Mail) erfolgt ausschließlich für diesen Zweck.

Sie sind gemäß Artikel 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Landesapothekerkammer Hessen (LAK Hessen) eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Zudem können Sie jederzeit gegenüber der LAK Hessen die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben angegebenen personenbezogenen Daten für den genannten Zweck verwendet werden:

Ort, Datum, Apothekenleiter

Bei Ausfüllen und Versenden des pdfs gilt die Angabe von Vor- und Nachnamen als Unterschrift

Landesapothekerkammer Hessen
Lise-Meitner-Str. 4
60486 Frankfurt
Tel.: 069 979509-0
Fax: 069 979509-24