

Nutzen Sie die Vorteile unserer Kundenkarte Ihrer **Gesundheit** zuliebe

Stiftsherren Apotheke
JÜRGEN KIDERLEN

Inh. Apotheker Jürgen Kiderlen e.K.
Marktplatz 9
91555 Feuchtwangen
T 09852 6735-0
info@stiftsherrenapotheke.de

Apotheke Kiderlen
JÜRGEN KIDERLEN

Inh. Apotheker Jürgen Kiderlen e.K.
Dinkelsbühler Straße 26
91555 Feuchtwangen
T 09852 6133-0
info@apo-kiderlen.de

SERVICE *schreiben wir groß*

- Erstattung der Parkgebühr für die Innenstadt
- Bestellen per WhatsApp Stiftsherren Apo. 09852 67350 Apo. Kiderlen 09852 61330
- Bestellen über die Internetseite gesundheit-in-feuchtwangen.de
- Einkaufsbewertung am Apo-Tipp-Monitor in der Apotheke
- Kostenfreies W-Lan in unseren Apotheken
- Facebookseite mit Infos zu Aktionen, Angeboten und Veranstaltungen
- Nutzen Sie unser Bonussystem mit Sparvorteil
- Wir denken an die Umwelt – den Verzicht auf Tüten belohnen wir
- Unsere Apotheke ist nach DIN ISO-Norm 9001 zertifiziert
- Verwaltung Ihrer Daten zur Erkennung von Wechselwirkungen

Die **Gesundheits**karte



Diese kleine **Karte** kann eine Menge für Ihre **Gesundheit** tun!

Stiftsherren Apotheke
JÜRGEN KIDERLEN

Inh. Apotheker Jürgen Kiderlen e.K.
Marktplatz 9
91555 Feuchtwangen
T 09852 6735-0
info@stiftsherrenapotheke.de

Apotheke Kiderlen
JÜRGEN KIDERLEN

Inh. Apotheker Jürgen Kiderlen e.K.
Dinkelsbühler Straße 26
91555 Feuchtwangen
T 09852 6133-0
info@apo-kiderlen.de

Die Kundenkarte: Unsere Leistung – Ihr Vorteil

Profitieren Sie mit der Kundenkarte der Apotheke Kiderlen und der Stiftsherren Apotheke von unseren zusätzlichen Vorteilen.

Ihre Gesundheit punktet bei uns
Sammeln Sie Bonuspunkte bei Ihren Einkäufen (gilt nicht für rezeptpflichtige, preisgebundene Arzneimittel und Zuzahlungen). Eine vollständig beklebte Bonuskarte gilt als Apothekengutschein im Wert von 10 €.
Die Karte erhalten Sie in unseren Apotheken.

Kostenloses Vortragsprogramm
Für Inhaber der Kundenkarte ist der Besuch unserer Vorträge frei.

Gesundheits-Check
Einmal jährlich überprüfen wir kostenlos Ihre Gesundheitswerte. Wir messen Ihren Blutdruck und Blutzucker sowie Ihr Gesamtcholesterin und ermitteln Ihren Body-Mass-Index.

Arzneimittelsicherheit
Bei Vorlage Ihrer Kundenkarte ist es möglich, alle verordneten und von Ihnen selbst gekauften Arzneimittel auf Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten hin zu überprüfen. Auch Wechselwirkungen mit Lebensmitteln werden berücksichtigt. Diese Überprüfung garantiert Ihnen größtmögliche Sicherheit bei der Einnahme Ihrer Medikamente.

Reiseberatung
Wir stellen für Sie Ihre persönliche Reiseapotheke zusammen.

Kontinuität
Wir können Ihnen damit auch die Frage beantworten, um welches Medikament es sich gehandelt hat, das Ihnen schon einmal so gut geholfen hat, dessen Namen Sie aber vergessen haben.

Bestpreis-Garantie
Wir gewähren Ihnen eine Preisgarantie für alle rezeptfreien Arzneimittel. Sollte ein rezeptfreies Arzneimittel in einer anderen Apotheke in FEU innerhalb von 2 Wochen günstiger angeboten werden, so vergüten wir Ihnen den Differenzbetrag.

Sammelquittungen
Statt wie bisher mit dem umständlichen Quittungsheft oder Einzelbelegen können Sie jederzeit über ausdruckbare Sammelbelege eventuelle Ansprüche gegenüber Ihrer Krankenkasse oder dem Finanzamt geltend machen.

Ihr Befreiungsnachweis
Der ist künftig bei uns gespeichert und wird automatisch berücksichtigt. Sie brauchen keinen Bescheid vorzulegen.

Vorbestellung
Um Wegzeiten zu sparen, können Sie telefonisch oder per Fax jeden lieferbaren Artikel vorbestellen. Wenn Sie dann zu uns in die Apotheke kommen, liegt schon alles für Sie bereit.

Was kostet Ihre persönliche Kundenkarte?
Selbstverständlich nichts. Sie müssen nur den Antrag rechts ausfüllen und Ihre Kundenkarte bei uns abholen.

Antrag Kundenkarte

Einwilligungserklärung

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke Kiderlen bzw. die Stiftsherren Apotheke die unter Ziffer 2 von mir schriftlich angegebenen Daten zum Zwecke der Beratungstätigkeit, Beratungspflicht und der Werbung bis auf Widerruf verwendet.

2. Meine persönlichen Daten lauten wie folgt:
(Bitte entscheiden Sie selbst, ob und welche Daten Sie uns mitteilen. Eine vollständige Angabe ist nicht erforderlich.)

Karten-Nr.: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Kassen-Nr.: _____

❑ zuzahlungsbefreit

3. Zu dem unter Ziffer 1 genannten Zweck der Werbung bin ich einverstanden, auch per ❑ E-Mail oder ❑ Brief (Zutreffendes bitte ankreuzen) kontaktiert zu werden.

4. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

_____

Ort, Datum Unterschrift