

Unsere Öffnungszeiten

Mo-Fr:
8.00 - 13.00 Uhr

Mo, Di, Do, Fr:
14.00 - 18.30 Uhr

Mittwoch
(im Wechsel mit der Adler Apotheke)
14.00 - 18.30 Uhr

Samstag
(im Wechsel mit der Adler Apotheke)
8.00 - 12.30 Uhr



STADT-APOTHEKE

ULRICH STRALLER

Inh. Apotheker Ulrich Straller e.K.

Poststraße 6
91717 Wassertrüdingen

Tel. 098 32/ 5 05 • Fax 098 32/ 95 05

www.stadt-apo-wtr.de • info@stadt-apo-wtr.de



STADT-APOTHEKE

ULRICH STRALLER

**Kleine Karte,
großer Service!**



**Entdecken Sie jetzt Ihre Vorteile
mit unserer Kundenkarte!**

1 Sammelquittungen

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

2 Patientenindividueller Interaktions-Check

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.

3 Befreiungsnachweis

Ihr Befreiungsnachweis ist bei uns gespeichert und bei jeder Bestellung automatisch berücksichtigt. Sie brauchen keinen Bescheid mehr vorzulegen.

4 Vorbestellung

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

5 Was kostet Ihre persönliche Kundenkarte?

Selbstverständlich nichts - einfach den Antrag auf der Rückseite ausfüllen und Ihre Kundenkarte abholen.

Einwilligungserklärung

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Stadt-Apotheke meine 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.: _____

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

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

Ort, Datum

Unterschrift