



Ihr Kartenantrag

Ja, dieses Angebot nehme ich gerne an.

Ihr Stammgeschäft: _____

Anrede: Frau Herr Firma

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtstag: _____

Wir möchten gerne eine zusätzliche Karte für ein weiteres Familienmitglied.
Gesammelte Punkte werden auf einem gemeinsamen Konto gutgeschrieben.

Anrede: Frau Herr Firma

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtstag: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie die in dieser Broschüre vorliegenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Alle Angaben werden im Rahmen des Treueprogramms streng vertraulich behandelt und in keinem Fall Dritten zugänglich gemacht.

Bitte geben Sie diesen Kartenantrag direkt in Ihrer Apotheke ab.