



**Ja, ich interessiere mich  
für die Gesundheitskarte  
mit dem Service  
der Schwanen-Apotheke**

Ich bin mit der Speicherung meiner  
Daten einverstanden – die Angaben  
sind vertraulich und dürfen nicht an  
Dritte weitergegeben werden.

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße

.....  
PLZ/Ort

.....  
Krankenkasse

.....  
Zuzahlungsbefreiung:  Nein  Ja/bis

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Im Dienste  
Ihrer Gesundheit**



**Kornelia Steeger**  
Apothekerin für Offizinpharmazie  
**Mittelstr. 56**  
**41372 Niederkrüchten**

Tel.: 02163/47575 Fax: 02163/47581