

# Inschrijfformulier Apotheek Grootegast voor Apotheekservicepunt de Marne

Via dit formulier kunt u zich inschrijven in onze apotheek

	Naam	Geboorte datum	M/V	BSN	Verzekeraar	Verz. nummer
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Mobiel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Door ondertekening van dit formulier geeft u tevens aan dat u ons toestemming geeft voor het opvragen van uw medicatiedossier bij uw huidige apotheek of huisarts. Als u aan hebt gegeven vast ingeschreven te willen worden in onze apotheek zullen wij uw huidige apotheek ook verzoeken u uit te schrijven. Vermeld daarvoor hieronder de gegevens van uw huidige apotheek.

Graag wil ik gebruik maken van de herhaalservice:  ja  Nee

## Uw huidige apotheek

Naam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Ik wens niet gebeld te worden door de oude apotheek (aankruisen indien gewenst)

## Akkoord

Datum en handtekening cliënt:

\_\_\_\_\_

### Privacy

Wij gaan vertrouwelijk met uw gegevens om. Voor meer informatie over dit onderwerp verwijzen wij u naar de folder "Persoonsgegevens, medicatie en uw privacy" van de KNMP, [www.apotheek.nl](http://www.apotheek.nl) of vraag uw apotheker om informatie.