#  **APOTHEKENBESTELLUNG**

Name:........................................................... Datum:...............

Bereich/Station:............................................ Telefon:..............

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AnzahlPkg. | **Genaue** Artikelbezeichnung  | Packungs-größe |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Apothekenbestellungen sind ausschließlich in der ho. Personalvertretung abzuholen***

Bei **Privatrezepten** ist eine Bestellung nur möglich, wenn das Rezept beigelegt ist.

Hiermit ermächtige ich die „Apotheke am Spittelberg, Stiftgasse 23, 1070 Wien“ widerruflich die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

**IBAN.:                                                   \_\_\_\_\_\_**   **[ ]  IBAN bekannt**

mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Die Apotheke am Spittelberg hält sich bei der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten streng an die Datenschutz-Grundverordnung und das Datenschutzgesetz.

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Einwilligungserklärung**: Ich stimme zu, dass die Apotheke am Spittelberg die von mir bekannt gegebenen Daten, sowie die Daten über meine getätigten Einkäufe im erforderlichen Umfang speichert und für die Zusendung von Information und Werbung betreffend rezeptfreie Arzneimittel und andere Gesundheitsprodukte, zu Beratungszwecken, für die Zustellung eines elektronischen Newsletters, den Ausdruck von Aufstellungen der von mir bezogenen Arzneimittel verwendet. Mir ist bekannt, dass meine oben angeführten Daten auf der Grundlage der §§ 1 und 10 Apothekenbetriebsordnung 2005 verarbeitet und für die Dauer meiner Geschäftsbeziehung zur Apotheke am Spittelberg gespeichert werden. Verantwortlich für die Verarbeitung ist Herr Mag. Gerhard Prinz als Konzessionsinhaber der Apotheke, erreichbar unter den folgenden Kontaktdaten: **01/526 92 08** .Für den Fall einer Übertragung des Apothekenunternehmens stimme ich der Mitübertragung meiner oben angeführten Daten und der Übertragung der Verantwortung an den neuen Konzessionsinhaber/Pächter/verantwortlichen Leiter zu. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief an Apotheke am Spittelberg, Stiftgasse 23,1070 Wien oder per E-Mail an service@apospittelberg.at widerrufen. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens des Widerrufs in der Apotheke am Spittelberg erfolgen keine weiteren Datenverarbeitungen auf der Grundlage dieser Einwilligungserklärung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.Mir ist bekannt, dass ich mein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und Beschwerde an die Datenschutzbehörde jederzeit geltend machen kann. |

 |

Ort,Datum:                     Unterschrift:                                                 \_\_

                            Besteller / Kontozeichnungsberechtigter