

FORMULAR FÜR NEUKUNDEN DER BERGAPOTHEKE

Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt **zusammen** mit Ihrer ersten Bestellung:

per Mail an **arztbedarf@berg-apotheke.de** oder per Fax an **0800- 357 357 5**.

Name der Praxis: _____

Praxisinhaber/-in: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Das Thema Datenschutz liegt uns am Herzen. Daher verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten selbstverständlich nur in einem im Rahmen unserer Vertragsbeziehung erforderlichen Umfang (Art. 6 Abs. 1 lit b DSGVO). Unsere „Allgemeinen Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten unserer Geschäfts- und Kommunikationspartner“ finden Sie unter: https://www.berg-apotheke.de/wp-content/uploads/2022/07/DSE-Geschäftspartner_BergApotheke_Stand-07_2022.pdf oder unter nebenstehendem QR-Code.



BergApotheke – DIGITAL

Die BergApotheke möchte rücksichtsvoll mit Ressourcen umgehen und strebt deshalb eine zunehmende Digitalisierung von Prozessen an. Dazu gehören auch der Versand von Rechnungen und Gutschriften sowie die Information in Fällen von Arzneimittlrückrufen.

Daher bitten wir Sie um die Angabe von E-Mail-Adressen

☐ für Rechnungen und Gutschriften: _____

☐ für Produktrückrufe oder sicherheitsrelevante Informationen zu Arzneimitteln*:

Idealerweise sind diese E-Mail-Adressen nicht personengebunden und werden regelmäßig genutzt.

Wir werden für den Versand von Rechnungen und Gutschriften sowie für Rückrufe keine zusätzlichen Informationen außer der von Ihnen mitgeteilten Wunsch-E-Mail-Adresse verarbeiten. Wir möchten den digitalen Versand der Rechnungen und Gutschriften sowie Rückrufe mit Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit a DSGVO vornehmen. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine formlose Mitteilung an unsere unten genannten Kontaktdaten widerrufen. Wir lassen Ihnen die entsprechenden Dokumente und Hinweise dann ggf. auf dem Postweg zukommen.



Tel.: 05451- 5070868 | arztbedarf@berg-apotheke.de | FreeFax: 0800- 357 357 5

Unterschrift, Stempel des Arztes/der Ärztin

Datum

* - Produktrückrufe oder Chargenrückrufe (freiwillig oder behördlich beauftragt)