Inschrijfformulier 24/7 afhaalautomaat Apotheek de Batau/de Galecop

Naam:……………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres:……………………………………………………………………………………………………………………………..

Postcode en woonplaats:………………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:…………………………………………………………………………………………………………….

Emailadres:…………………………………………………………………………………………………………………….

Mobiel telefoonnummer:………………………………………………………………………………………………

Staat u ingeschreven bij onze apotheek:

* Ja
* Nee, u kunt zich aan de balie als vaste patiënt bij ons laten inschrijven

Ik geef wel toestemming \* / geen toestemming \*

om mijn gegevens elektronisch te delen met andere zorgverleners (\* omcirkel uw keuze)

Ik maak graag gebruik van afhaalautomaat Batau \* / afhaalautomaat Galecop \*

Voor producten die niet vergoed worden, ontvangt u een factuur. Door ondertekening

van dit formulier verleent u ons toestemming voor een automatische incasso

Rekeningnummer (IBAN):……………………………………………………………………………………………….

Datum:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Handtekening:……………………………………………………………………………………………………………….

**Lever dit formulier in bij de apotheek of mail dit naar recept@apotheekdebatau.nl**