Antragsformular für Ihre Kundenkarte

> Bitte den unten stehenden Antrag ausfüllen und in einer unserer Apotheken abgeben.
Sie erhalten dann Ihre Kundenkarte und können sofort alle Vorteile nutzen.

Mitmachen und Vorteile nutzen

☐ **Ja,** ich bestelle die Kundenkarte der Neuen Apotheke am Kiepenkerl und der Neuen Apotheke im MZL.

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

Geburtsdatum

Gebührenbefreiung ☐ ja ☐ nein

Datum/Unterschrift

Neue Apotheke am Kiepenkerl
Hagelstraße 14 · 45731 Waltrop
Tel. 02309 3480 · Fax 02309 77238

Neue Apotheke im MZL
Hochstraße 20 · 45731 Waltrop
Tel. 02309 7813535 · Fax 02309 7813539