

GUTSCHEIN

Sie sparen



Gegen Abgabe dieses Gutscheins wird Ihnen beim nächsten Einkauf der Betrag von 1 Euro vergütet.

Pro Einkauf kann nur ein Gutschein verwendet werden, ausgenommen rezeptpflichtige Medikamente. Einlösbar ab einem Einkaufswert von 5,- €. Keine Barauszahlung.

CENTERA**POTHEKE**

KAUFLAND ROHRBACH-SÜD

Unser Service-Telefon

06221/30 05 81

Öffnungszeiten: mo - sa von 9 - 20 Uhr

Hertzstr.1, 69126 Heidelberg, info@centerapotheke-heidelberg.de

CENTERA**POTHEKE**

KAUFLAND ROHRBACH-SÜD

Dr. Susanne Herold, Hertzstr.1, 69126 Heidelberg, Tel. 06221/30 05 81, Fax 06221/30 05 52
info@centerapotheke-heidelberg.de

Nutzen Sie Ihre Vorteile unserer

KUNDENKARTE

Bei der Eröffnung eines Kundenkontos erhalten Sie als Dankeschön unseren Wertgutschein für Ihren nächsten Einkauf.

Wir überzeugen Sie gerne.

- Mehr Arzneimittelsicherheit:
Mit Ihrer persönlichen Kundenkarte ist es uns möglich, Ihre Arzneimittel auf unerwünschte Wechselwirkungen zu überprüfen.
- Wir behalten den Überblick:
Mit der Kundenkarte speichern wir ihre Medikamente und kennen deren genaue Zusammensetzung. Außerdem wissen wir auch im nächsten Jahr, welches Präparat Ihnen dieses Mal so gut geholfen hat.
- Befreiung:
Sie haben einen Ausweis über die Befreiung von der Zuzahlung? Wir speichern ihn ab und wissen, wie lange er gültig ist, so dass Sie ihn nicht mehr vorlegen brauchen.
- 3% Treuerabatt:
Als Kundenkartenbesitzer sind Sie für uns ein besonderer Kunde. Daher erhalten Sie bei jedem Einkauf den direkten Treuerabatt.



- Bestellungen und Lieferservice:
Gerne nehmen wir Ihre Vorbestellungen telefonisch entgegen und liefern Ihnen Ihre Medikamente gegebenenfalls auch nach Hause oder zu Ihrer Arbeitsstelle (im Umkreis von 5km).
- Jahresabrechnung und Sammelquittung:
Auf Wunsch erhalten Sie von uns eine Aufstellung Ihrer Einkäufe bzw. Rezeptanteile zur Vorlage beim Finanzamt oder der Krankenkasse.
- Alle Leistungen unserer Kundenkarte sind für Sie kostenfrei. Ihre Angaben werden ausschließlich für Informationen unserer Apotheke an Sie verwendet.

Susanne Herold

Ihre Susanne Herold

Vorname

Nachname

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Geburtsdatum

Krankenkasse

Unterschrift