



Medicijnkluis

Inschrijfformulier

☐ Ja, ik wil gebruik maken van de medicijnkluis

☐ Dhr. ☐ Mevr. ☐ Neutraal

Naam

Geboortedatum

 / /

Mobiel nummer

E-mail

Mogen wij dit e-mailadres ook gebruiken om nieuwsbrieven te sturen over activiteiten en aanbiedingen van de apotheek?

☐ Ja ☐ Nee

Bankrekeningnummer voor automatische incasso*

 | | |

Datum

 / /

Handtekening

*Wij sturen een factuur voor medicatie die we niet rechtstreeks kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Door ondertekening van dit inschrijfformulier verleen je toestemming voor een automatisch incasso van het factuurbedrag.

BEDANKT VOOR HET INVULLEN