

# Jetzt Bezugsberechtigung für Arzneimittel beantragen!

Henry Schein Dental Deutschland GmbH ist gesetzlich dazu verpflichtet (§ 5.3 GDP, § 6 AM-HandelsV) zu überprüfen, ob Kunden arzneimittelbezugsberechtigt sind. Dieser Pflicht gehen wir anhand dieses Dokumentes nach.



KZV-Stempel

Name:

---

---

---

Kundennummer:

---

---

---

Anschrift:

---

---

E-Mail:

---

---

Tel.:

---

Dürfen wir Sie per E-mail über Aktionen und Sonderpreise informieren?

JA\*

Nein

\*  Ja, bin ich damit einverstanden, regelmäßig über exklusive Angebote und Services sowie Informationen, Veranstaltungshinweise und Neuheiten zum Produktsortiment Praxis- und Laborbedarf, Technik und Arzneimittel per E-Mail informiert zu werden. Im Rahmen einer Auftragsverarbeitung wird meine E-Mail Adresse an Versanddienstleister (z.B. Lettershops) weitergeben. Ich bin damit einverstanden, dass Daten zu meinem Nutzerverhalten zur Verbesserung unseres E-Mail-Angebots erhoben, gespeichert und ausgewertet werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft unter [werbewidersprueche@henryschein.de](mailto:werbewidersprueche@henryschein.de) widerrufen.



Anschließend einfach das ausgefüllte Dokument hochladen und an uns zurücksenden oder an [arzneimittelbezug@henryschein.de](mailto:arzneimittelbezug@henryschein.de) senden. Vielen Dank.

Bitte beachten Sie, dass die Lieferung von Arzneimitteln an abweichende Lieferadressen nicht erlaubt ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Die von Ihnen angegebenen Daten werden zur Überprüfung der Bezugsberechtigung von Arzneimitteln gespeichert und zur Abwicklung Ihrer Bestellungen verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz bei Henry Schein finden Sie unter [www.henryschein-dental.de/datenschutz](http://www.henryschein-dental.de/datenschutz).