

# Ihr Kartenantrag

Ja, dieses Angebot nehme ich gerne an.

Ihr Stammgeschäft: \_\_\_\_\_

Anrede:  Frau  Herr  Firma

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Wir möchten gerne eine zusätzliche Karte für ein weiteres Familienmitglied. Gesammelte Punkte werden auf einem gemeinsamen Konto gutgeschrieben.

Anrede:  Frau  Herr  Firma

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie die in dieser Broschüre vorliegenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Alle Angaben werden im Rahmen des Treueprogramms streng vertraulich behandelt und in keinem Fall Dritten zugänglich gemacht.

**Bitte geben Sie diesen Kartenantrag direkt in Ihrer Drogerie/Apotheke ab.**