**INSCHRIJFFORMULIER GENEESMIDDEL AFHAALAUTOMAAT APOTHEEK OUDEWATER**

Wilt u ons laten weten of u in de toekomst wel of geen gebruik wilt maken van de afhaalautomaat? Zou u dit formulier volledig willen invullen (per persoon 1 formulier) en geeft u dit af in de apotheek (of in onze brievenbus)

Graag in blokletters invullen

* **JA, ik wil gebruik maken van de geneesmiddel afhaal automaat**
* **NEE, ik wil geen gebruik maken van de geneesmiddel afhaal automaat**

Dhr / Mevr

Voorletters:

Achternaam:

Geboortedatum: ( dd-mm-jj):

Mobiel nummer:

E-mail adres:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

IBAN rekening nummer voor toestemming automatische incasso \*:

Datum: Handtekening:

***NB. Grote dozen en bestellingen die koel bewaard moeten worden kunnen niet via de afhaalkluis. Als het niet past, krijgt u een mail dat het afgehaald kan worden.***

*\*indien u geen automatische incasso geeft leggen wij de geneesmiddelen waar voor betaald moet worden niet in de kluis, maar in de apotheek voor u klaar*