

FAXANTWORT AN: **+49 (0) 261 8000-3877**

JA, ICH HABE INTERESSE AN DER CGM LAUER-SHOP-SCHNITTSTELLE.	
Bitte setzen Sie sich mit mir in Verbindung.	
Apotheke	Γ
Apotheken-IDF-Nr.	
Name, Vorname	
Ort	
Telefon	Stempel
E-Mail-Adresse	Datum, Unterschrift
* Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung zwecks Angebotsunterbreit Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die LAUER-FISCHER GmbH oben ger nahme und Angebotsunterbreitung verwendet. Die Daten verbleiben auf dem S Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich bei der LAUER-FISCHI	nannte Daten speichert und zum Zweck der Kontaktauf- system der LAUER-FISCHER GmbH.
bar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für m jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen k dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung uns ist die LAUER-FISCHER GmbH, DrMack-Straße 95, 90762 Fürth, Tel.: +49 (0) 91 aus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.	nich keine Nachteile. Ich bin darüber informiert, dass ich ann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme d Löschung dieser Daten. Ansprechpartner für Anfragen 1 7432-0 bzw. Fax: +49 (0) 911 7432-111. Darüber hin-
Bereitgestellt durch: GEHE AHD	
GEHE Pharma Handel GmbH LAUER-FISCHER GmbH	

Neckartalstraße 153, 70376 Stuttgart Tel.: +49 (0) 711 57719-0 Fax: +49 (0) 711 57719-400 gehe.de

Dr.-Mack-Straße 95, 90762 Fürth

Tel.: +49 (0) 911 7432-0 Fax: +49 (0) 911 7432-100 cgm.com/lauer

